FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1912

THÈSE

N° 48

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

LAURENT ANTONY

Né à Paris, le 6 mai 1885

UTILITÉ D'UN TRAITEMENT MÉDICAL

DANS LES

RÉTRODÉVIATIONS UTÉRINES

Président : M. LEJARS, *professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VIe)

1912

48

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1912 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

LAURENT ANTONY

Né à Paris, le 6 mai 1885

UTILITÉ D'UN TRAITEMENT MÉDICAL

DANS LES

RÉTRODÉVIATIONS UTÉRINES

Président : M. LEJARS, *professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VIe)

1912

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS	MM
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	PIERRE MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DELAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT DESSAIGNE
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	ALBERT ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM

BALTHAZARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BERNARD	GOUGEROT	LERI	RETTERER
BRANCA	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BRINDEAU	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BROCA (A.)	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIÈRE
BRUMPT	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CAMUS	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CARNOT	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CHEVASSU	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
CLAUDE	LECENE	OMBREDANNE	
COUVELAIRE	LENORMANT	PROUST	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA SŒUR

MEIS ET AMICIS

Les premiers mots que nous voulons écrire au début de ce travail seront pour en faire hommage à nos maîtres et les remercier de leur précieux enseignement. Au terme de la scolarité médicale, nous nous rappelons avec gratitude l'année si fructueuse que nous avons passée à Lariboisière dans le service de M. le professeur agrégé Lannois. L'année suivante, nous étions à l'hôpital Saint-Antoine, attaché au service de M. le professeur Lejars, qui nous apprenait à connaître ce qu'est une opération bien réglée. En 1909, nous devenions, à l'hôpital Saint-Louis, l'externe de M. le professeur agrégé Rieffel, ancien chef des travaux anatomiques à la Faculté. Deux ans auparavant, nous avions déjà suivi son service de chirurgie infantile à l'hôpital Trousseau. Puis nous avions la précieuse fortune de devenir l'élève de M. le professeur Landouzy, doyen de la Faculté de Médecine ; nous avons recueilli avec le plus grand profit son enseignement au lit du malade, ainsi que ses belles leçons cliniques à l'amphithéâtre de l'hôpital Laënnec. C'est à l'hôpital Laënnec que nous avons connu M. le Dr Halbron, chef de clinique médicale ; il nous a donné son enseignement et ses soins excellents ; nous le remercions de tout cœur.

Nous revenons en 1911 à l'hôpital Saint-Antoine,

dans le service de M. le Dr Jacquet. C'est à ce maître éminent que nous devons nos connaissances en dermatologie, et aussi bien des notions de pathologie générale.

C'est également à la polyclinique que nous avons recueilli les précieux conseils de M. le Dr Lebar. Nous ne l'oublierons pas, ni non plus M. le Dr Gautier. Enfin M. le Dr Robineau, chirurgien à l'hôpital Tenon, voulut bien nous accueillir dans son service. Nous lui garderons un souvenir reconnaissant pour l'enseignement si clair, si précis, dont il nous a fait profiter, ainsi que pour la bienveillance qu'il nous a témoignée. C'est à la Maternité de l'hôpital Tenon, au service de M. le Dr Bouffe de Saint-Blaise, que nous avons achevé nos études d'obstétrique ; nous exprimons à notre maître toute notre gratitude et remercions aussi son interne M. Barraut.

A tous nos maîtres dans les hôpitaux, nous garderons toujours une reconnaissance bien vive.

Au cours de nos études, M. le professeur agrégé Gougerot ne nous a pas ménagé ses précieux conseils ; qu'il veuille accepter nos remerciements. C'est M. le Dr Corrylos, ancien interne des hôpitaux de Paris, qui nous a montré tout l'intérêt de cette étude. Malheureusement, nous avons été privé de son appui. Au moment où nous écrivons ces pages, il est parti en Grèce, mettre au service de sa patrie son courage et sa science. Nous souhaitons de tout cœur qu'il soit rendu bientôt à ses malades et à ses amis.

M. le Dr J.-L. Faure, professeur agrégé à la Faculté, chirurgien à l'hôpital Cochin, a bien voulu nous permettre de travailler dans son service ; nous lui exprimons notre respectueuse gratitude. M. le professeur agrégé Zimmern, chef du service d'électrothérapie à la Salpétrière, a bien voulu nous faire profiter de ses savants conseils ; nous lui sommes très reconnaissant. Nous remercions très sincèrement aussi M. Cottenot, interne au laboratoire de la Salpétrière, qui a bien voulu nous faire bénéficier de ses travaux encore inédits. Nous remercions M. le Dr Ménard, chef du laboratoire d'électrothérapie à l'hôpital Cochin, et M. le Dr Mutel, médecin de l'hôpital de Garches.

Notre ami M. J. Guelfucci, interne des hôpitaux de Paris, nous a toujours accordé son aide dévouée. Qu'il reçoive ici le témoignage de notre reconnaissante affection. Il nous reste un devoir très doux à remplir ; celui d'exprimer à M. P. Coulon, licencié ès lettres, tout notre respect, toute notre gratitude, toute notre affection ; nous l'accomplissons de tout cœur.

UTILITÉ D'UN TRAITEMENT MÉDICAL

DANS LES

RÉTRODÉVIATIONS UTÉRINES

INTRODUCTION

Si l'on veut bien rechercher les résultats éloignés des hystéropexies en se plaçant au point de vue anatomique et surtout au point de vue fonctionnel on constatera que les résultas obtenus ne sont pas toujours aussi bons ni aussi complets qu'on pouvait l'espérer. Nous avons réuni les observations d'un certain nombre de malades, qui opérées, suivant les divers procédés, présentent néanmoins une partie des troubles ou tous les troubles dont elles souffraient avant l'opération. Il s'en trouve même qui ont vu s'exagérer leurs maux.

Pour la commodité de l'étude nous avons groupé les faits de la manière suivante : A propos de chaque procédé nous plaçons d'une part les guérisons complètes qui doivent, comme c'est justice, figurer en première ligne dans la statistique.

D'autre part, nous présentons des cas où avec un

bon résultat anatomique il n'a été obtenu qu'un résultat fonctionnel, incomplet ou même mauvais. Inversement nous apportons des observations où, en dépit d'un échec anatomique, on a pu obtenir de bons résultats fonctionnels. D'autres fois enfin l'échec est complet, les résultats anatomiques et fonctionnels sont mauvais.

Parmi cet ensemble de résultats incomplets ceux du premier groupe fixent surtout notre attention. Il est, en effet, saisissant de voir des femmes, qui leur déviation utérine corrigée, n'en continuent pas moins à souffrir, à perdre, à avoir des menstruations difficiles. Si l'on veut bien songer alors à la relative fréquence des rétrodéviations, bien tolérées, non douloureuses, ignorées même et découvertes par hasard, on sera tenté d'imputer à d'autres lésions une partie des troubles fonctionnels et généraux qui rentrent dans le cadre symptomatique des rétrodéviations.

En fait une rétrodéviation simple, donnant lieu à des accidents fonctionnels précis et durables, est rare.

Dans la grande majorité des cas il existe avec elle, à des degrés divers, des lésions de métrite, d'annexite, de paramétrite. Ce qui semble plus difficile à dégager des faits c'est le rapport régissant ces différentes lésions. Sur ce point l'accord n'est pas fait. Certains de nos maîtres professent que la déviation utérine est primitive, ils groupent autour d'elle les autres lésions. D'autres enseignent, au contraire, que le processus

inflammatoire peut être le fait initial. M. le professeur Pozzi admet que la seule inflammation de l'utérus peut être considérée comme une véritable cause de rétrodéviation. Qu'en tous cas augmentant le poids de l'organe, elle tend à rendre permanente, c'est-à-dire pathologique, la rétroversion physiologique temporaire.

D'ailleurs, le processus inflammatoire ne limite pas là son action, il crée des adhérences qui viennent fixer lorgane dans sa position nouvelle, et le professeur Pozzi enseigne que cette pelvi-péritonite postérieure, prenant le plus souvent son origine au niveau du pavillon des trompes, peut être parfois le fait primordial. Enfin, le même auteur a observé qu'un grand nombre de malades atteintes de rétrodéviations présentaient d'une manière très nette cet ensemble de signes décrits sous le nom de syndrome utérin, et il rattache ce syndrome de la façon la plus formelle aux lésions de métrite ou de paramétrite concomitantes et souvent, dit-il, causales.

Quoi qu'il en soit de cette discussion, on peut entrevoir déjà l'importance d'un traitement non opératoire dans les rétrodéviations utérines et dans les lésions qui l'accompagnent. Institué d'abord ce traitement sera suffisant dans un grand nombre de cas. Dans d'autres, il procurera une amélioration telle qu'une opération ne sera plus nécessaire. Enfin, s'il ne donne pas les résultats attendus la matade aura toujours la suprême ressource d'une intervention chi-

rurgicale, celle-ci pratiquée à ce moment et dans ces conditions aura les plus grandes chances des réussite.

Voici ce que, du moins, nous nous efforcerons d'établir. Nous n'aurons en vue dans cette étude que l'utérus à l'état de vacuité.

RÉTRODÉVIATION SYMPTOMATOLOGIE

Avant de présenter et de discuter les observations dont nous avons parlé dans le but d'en tirer des indications thérapeutiques, nous nous croyons autorisé à rappeler dans ses grandes lignes la symptomatologie ees rétrodéviations.

L'anatomie pathologique distingue la rétroflexion et la rétroversion. Suivant que le col est resté fixé dans sa position normale ou que l'organe tout entier a basculé en arrière.

Dans cette courte étude clinique, nous ne différencierons pas, quant aux symptômes fonctionnels, la rétroversion de la rétroflexion, les signes sont à peu près les mêmes.

La malade est habituellement une femme jeune, qu'on peut la plupart du temps ranger dans la catégorie des neuro-arthritiques. Elle vient consulter parce qu'elle souffre.

Cette douleur est spontanée, et son foyer maximum n'est pas toujours au niveau de l'utérus. La malade souvent indique une région annexielle comme localisation principale de sa douleur. Plus souvent encore

elle souffre de douleurs lombaires assez intenses, parfois pour l'immobiliser et qui irradient vers la paroi abdominale, les flancs, les cuisses, la région coccygienne. Cette douleur sourde, persistante, gravative, augmente encore, par les efforts, la fatigue, les faux-pas, les voyages en voiture ou en chemin de fer.

Ces malades, en outre, insistent surtout sur une sensation très pénible de pesanteur dans le rectum, s'exaspérant à l'occasion d'un effort, donnant l'impression d'un corps étranger et pouvant même provoquer des accès de ténesme rectal, au moment des périodes menstruelles. Ces malaises s'exagèrent et ils présentent leur maximum d'intensité quelques jours avant et pendant les règles.

Un grand nombre de malades se voient contraintes d'interrompre leurs occupations et même de s'aliter. La dysménorrhée est un des symptômes les plus constants de la rétrodéviation utérine.

Douloureuses, les périodes cataméniales sont aussi plus longues ; elles durent huit jours, dix jours et plus. A la dysménorrhée, s'ajoute la ménorrhagie et parfois même la métrorrhagie.

La constipation est la règle ; cette coprémie particulièrement tenace, serait, d'après Barnes un élément, morbide d'une grande importance.

Un grand nombre de ces malades sont atteintes de dyspareunie et la stérilité est extrêmement fréquente. Enfin on voit parfois survenir de la dysurie d'ori-

gine mécanique, due à la compression de la vessie par le col utérin.

Enfin, il est un ensemble de phénomènes pathologiques qui, par leur constance autant que par leur ténacité, dominent la symptomatologie des rétrodéviations. Nous voulons parler des troubles nerveux qu'on peut, pour la commodité de l'étude, diviser en symptômes de voisinage et en symptômes réflexes.

Parmi les premiers, il faut citer d'abord les troubles urinaires. Les mictions sont plus fréquentes, douloureuses ; parfois il survient de véritables crises de ténesme vésical et l'on est amené à pratiquer le cathétérisme. On note des cas où le retentissement de l'affection utérine et de la vessie est tel que c'est uniquement pour des troubles urinaires que la malade vient consulter. Mais il n'est pas d'appareil qui subisse aussi fréquemment et aussi violemment que l'estomac le contre-coup des lésions utérines ; il s'agit là d'une action réflexe et on en comprendra le mécanisme si l'on veut bien se souvenir que les organes génitaux sont reliés au grand sympathique par le plexus hypogastrique.

Ces troubles fonctionnels, décrits par les auteurs allemands sous le nom de « névroses stomacales utérines » étudiés en particulier par Braun sont aussi bien connus en France, où l'on peut citer les travaux de Henri Bennet, de Courty, de Lacoarret. Cliniquement, ils se traduisent par de la dilatation d'estomac, de la dyspepsie, avec état nauséeux, et anorexie par

de la flatulence pouvant aller jusqu'à un véritable météorisme chronique.

L'action réflexe sur l'appareil respiratoire est peut-être moins marquée ; elle se caractérise essentiellement par une petite toux sèche, presque toujours éteinte, mais pouvant présenter un timbre éclatant. Signalée par Arau, elle a été bien étudiée par P. Müller.

Le système nerveux périphérique et central subit avec une très grande sensibilité l'action réflexe des lésions utérines.

Du côté du système nerveux périphérique, les manifestations sensitives sont les plus fréquentes. Algies de toutes sortes à localisations multiples, il faut citer d'abord la névralgie lombo-abdominale, sacrée, coccygienne, bien décrite par Simpson d'Edimbourg, Scauroni, Barnsby, les professeurs Pozzi et Delbet, puis, avec Frisch, la névralgie sciatique, la névralgie intercostale avec Bussereau, la névralgie faciale ; les douleurs le long du femuro-cutané avec Pozzi et Schoekœrt. On a noté également des manifestations motrices et le professeur Delbet a décrit des cas de parésie des membres inférieurs.

Certaines malades enfin présentent des palpitations, de la cardialgie, de l'aphonie (Kehrer), de la chorée, des crises épileptiformes.

Il est encore un ensemble de troubles qu'on rencontre avec une grande fréquence dans les déviations utérines, en particulier dans les déviations mobiles. Ce sont les troubles psychiques. Certaines

malades s'imposent à notre attention par un état de langueur, de tristesse profonde, souvent impressionnent. Cet habitus neurasthénique se complète d'une apathie considérable, d'une lassitude extrême, de la crainte, de l'appréhension de tout effort, d'une dépression en un mot du système nerveux, non en rapport avec la gravité anatomique des lésions. Le caractère de ces malades subit de profondes modifications ; on en voit même qui, sans cesse préoccupées de leur état génital, finissent par présenter des troubles mentaux tout à fait caractérisés. Et Bossi a décrit récemment des psychonévroses utérines. Il y a là, en vérité, toute une suite d'actions et de réactions, des organes génitaux sur le moral des malades, et de l'état moral sur les phénomènes locaux, dont le mécanisme reste mystérieux. Du moins il est utile au médecin de connaître l'influence pathogène de l'utérus malade ou déplacé sur l'organisme tout entier. Les anciens l'avaient observé puisqu'ils disaient : *Tota mulier in utero.*

Etat physique

Le toucher complètera le diagnostic et permettra de reconnaître l'utérus basculé dans le cul-de-sac postérieur. Le cul-de-sac antérieur est libre. Dans le cas de rétroversion complète, le col est sous le pubis.

Le Dentu attribue une grande valeur diagnostic à

la présence d'une crête sur la face postérieure de l'utérus.

Le toucher permettra, en outre, de reconnaître la variété de la lésion, rétroversion libre, résistante ou adhérente.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS

DU TRAITEMENT CHIRURGICAL

Il n'entre pas dans le cadre de ce travail de décrire les différents procédés d'hystéropexie ni d'essayer d'en faire une étude critique. Nous nous hâtons de dire que l'hystéropexie reste en gynécologie une opération de tout premier ordre et d'importance capitale.

Pourtant on sait toutes les complications qu'elle peut susciter à l'occasion d'une grossesse et au moment de l'accouchement.

De plus, à côté de très brillants succès il faut aussi noter des échecs, des résultats incomplets et dans quelques cas, en dépit d'une belle réussite opératoire, une aggravation des symptômes fonctionnels. M. le professeur Lejars a dû intervenir deux fois pour libérer un utérus précédemment fixé par une opération. L'organe était en bonne position. Le résultat anatomique parfait. Et dans les 2 cas les troubles fonctionnels avaient présenté une aggravation très nette.

Il est intéressant de connaître ces résultats, de les étudier, d'en rechercher la raison, d'essayer d'en tirer

des indications thérapeutiques. Mais, en clinique, il n'est que les faits qui comptent, il convient de les exposer. Nous considérerons successivement les principaux procédés d'hystéropexie dans leurs résultats éloignés.

1° Opérations plastiques pratiquées sur le vagin

Les opérations plastiques pratiquées sur le vagin ou le périnée, ou sur les deux à la fois, peuvent être considérées comme la première étape parcourue par la chirurgie dans le traitement des déviations utérines. Les résultats de ces interventions sont loin de répondre aux espérances qu'on avait cru pouvoir fonder. Nous n'envisageons, bien entendu, ici que les cas traités uniquement par les opérations plastiques. Nous ne voulons, en effet, rien diminuer de la valeur très réelle de la colporraphie ou de la colpopérinéorraphie. Ces opérations rendent de très grands services; quand elles viennent réduire et maintenir un colpocèle ou un rectocèle. Enfin, elles complètent très utilement la cure de la rétro déviation par le procédé de Doléris, par exemple, en reconstituant, quand c'est nécessaire, le plancher pelvien.

Nous avons relevé 14 cas d'intervention plastique sur le vagin parmi lesquels il se trouve 9 malades qui ont été revues.

Deux fois (obs. I, II) l'échec fut complet ; le résultat anatomique mauvais, et les suites fonctionnelles déplorables. Toutefois quatre des malades opérées ont présenté une amélioration très nette des symptômes fonctionnels qui les avaient amenées à subir l'intervention (obs. III, IV, V, VI), bien que, au point de vue anatomique pur, l'insuccès fût resté complet.

Nous notons, enfin, un résultat anatomique parfait avec, à brève échéance réapparition des troubles fonctionnels ; ceux-ci consistant, comme nous le verrons dans la majorité des cas, dans la persistance ou l'augmentation des douleurs, de la gêne, de la sensation de pesanteur.

OBSERVATIONS

Obs. I (*in* thèse Figuiera). — B..., quarante ans, juillet 1887. Multipare. Fausse couche, deux péritonites, leucorrhée abondante, douleurs vives, mictions fréquentes, constipation opiniâtre ; incapacité absolue.

Cervicite kystique, rétrodéviation, rupture du périnée, cystocèle. Curettage. Schrœder ; colpopérinéorraphie.

Résultat insuffisant ; réapparition des douleurs dues au déplacement au bout de cinq mois ; raccourcissement des ligaments ronds en mars 1888. Guérison.

Obs. II. — M..., trente ans, réglée à quatorze ans, mariée à vingt-sept ans ; stérilité, douleurs lombo-abdominales à droite. Rétroversion au premier degré ; col conique, atrésie de l'orifice externe.

Dilatation pendant huit jours. Opération le 14 septembre 1901. Curettage et stomatoplastie ; pessaire. Malgré le pessaire, la rétrodéviation a persisté, la malade a continué à souffrir comme avant son opération.

Obs. III. — D..., vingt-quatre ans, 6 avril 1885. Fausse couche avec complications infectieuses. Douleurs, leucorrhée. Cervicite, rétroversion, cystocèle. Écouvillonnage. Schrœder, colporraphie antérieure.

Atténuation des symptômes, persistance de la déviation.

Obs. IV. — G..., vingt-quatre ans, 19 juin 1886. Multipare. Utérus dévié, col lacéré, cervicite, colpocèle double, périnée affaibli. Amputation biconique du col; colporraphie postérieure.

Guérison incomplète; réopérée le 12 juillet 1887 par raccourcissement des ligaments ronds.

Obs. V. — M..., trente-six ans, 29 décembre 1887, Grossesse gémellaire; forceps, subinvolution, douleurs incapacité physiqne, leucorrhée. Prolapsus et rétroversion. Cystocèle, rectocèle, colporraphie antérieure. Colpopérinéorraphie.

Persistance de la déviation. Alexander en 1888.

Obs. VI. — G..., quarante-quatre ans, 29 décembre 1888. Une grossesse normale, depuis vives douleurs hypogastriques et lombo-sacrées.

Rétrodéviation au premier degré. Colporraphie antérieure, colpopérinéoplastie. Amélioration, persistance de la déviation. La malade avait refusé toute intervention abdominale.

Obs. VII. — D..., vingt-huit ans, 27 avril 1888. Deux accouchements, une fausse couche, métrorragie pendant six mois. Leucorrhées, neurasthénie. Rétroversion au premier degré, colpocèle, lacération du col, bartholinite, absence de périnée musculaire. Curettage, Schrœder, colporraphie antérieure, colpopérinéorraphie; ablation de la glande de Bartholin. Guérison. En 1897, reprise de douleurs pelviennes. Aucune déviation, subit l'hystérectomie vaginale faite par un gynécologue étranger, on ne constate que de la sclérose utérine.

OPÉRATIONS

PRATIQUÉES SUR L'UTÉRUS PAR LE VAGIN

1° Fixation directe

1° *Du col;* 2° *Du corps*

Les chirurgiens ne tardèrent pas à s'attaquer à l'utérus rétroversé lui-même ; et c'est d'abord par le vagin qu'ils cherchèrent à corriger les déviations.

Les résultats furent peu encourageants : la réapparition précoce des signes fonctionnels, celle de la déviation primitive, enfin la menace de complications graves, survenant en particulier à l'occasion d'une grossesse, obligèrent le chirurgien à délaisser ces procédés. En effet, quelle que fût la méthode employée, fixation du col en arrière, procédés de : Amussat, Herrick, Hunter, Baudoin et Doléris, Bossi, Nicoletis ; où fixation du corps de l'utérus en avant : procédés de Sænger, de Dührssen, de Mackenrodt, les résultats ne répondirent pas aux espoirs fondés sur l'intervention.

Sur les huit malades dont nous avons pu retrouver

les observations, trois seulement ont été revues : chez deux d'entre elles (obs. VIII, IX) les troubles fonctionnels étaient loin d'être améliorés, chez l'autre enfin (obs. X), le résultat anatomique était insuffisant.

Obs. VIII (*in* thèse Figuiera). — B..., quarante-cinq ans, 29 avril 1898. Réglée à seize ans et demi facilement et régulièrement ; chlorotique, nerveuse. Cinq accouchements à terme, une fausse couche. Prolapsus, rétrodéviation au premier degré, col énorme, kystes nombreux, périnée déchiré, colpocèle double. Colpohystéropexie, colporraphie antérieure, colpopérinéoplastie. Pessaire plus tard, retiré en septembre. Suites régulières. Il persiste un peu de dépression et un état vertigineux.

Obs. IX (résumée). — Vingt-neuf ans, 18 avril 1900. Mariée à vingt ans, accouchement deux ans après d'un enfant de sept mois. Grossesse pénible. Suites de couches normales. Faiblesses fréquentes, douleurs d'estomac, constipation, ténesme, hémorrhoïdes. Règles normales, pertes blanches. Fissure de l'anus ; rétroversion de l'utérus difficile à réduire : cervicite. Schrœder ; ouverture du cul-de-sac antérieur, décollement de la vessie, fixation de la portion sus-vaginale du corps utérin. Cautérisation de la fissure anale. Suites normales, la malade quitte l'hôpital en bon état. Revue au bout d'un an, les douleurs ont recommencé ; pansements vaginaux, repos.

Obs. X. — R..., vingt-six ans, 7 mai 1902. Réglée à seize ans et demi, facilement et sans douleur, irrégulièrement, stérile de ses deux mariages. Tousse depuis cinq ans. Quelques hémoptysies. Douleurs abdominales depuis le commencement de l'hiver, pas de leucorrhée. Métrorragies depuis deux mois. Mal aux reins, fatigues, douleurs après les rapports.

Rétroversion, flexion, rétroprolapsus annexiel, polypes en voie de sphacèle, de la lèvre postérieure du museau de tanche. Dilatation prolongée à la laminaire, opération plastique de Schrœder, précédée du curettage, colpotomie antérieure, libération aisée des annexes et fixation du corps utérin sur le col par suture directe. Amélioration de l'attitude vicieuse, mais pas complète.

2° Fixation indirecte

1° *Par les ligaments utéro-sacrés ;*
2° *Par les ligaments ronds*

Les mauvais résultats fournis par les interventions directes sur l'utérus par voie vaginale amenèrent les chirurgiens à tenter le raccourcissement des ligaments utéro-sacrés. Plusieurs cas auraient été traités avec succès si l'on considère les statistiques de Byford, de Boise, de Gottschalk, de W. Bovee. On y retrouve des guérisons notées. Il est juste, toutefois, de reconnaître que, parmi ces chirurgiens, quelques-uns, et particulièrement Boise, ont, au cours de l'interven-

tion, traité les annexes malades ; et qu'enfin et surtout ce procédé ne s'adresse qu'à des cas moyens, avec relâchement modéré des ligaments utéro-sacrés et sans rétroflexion, mais simplement avec rétroposition.

Une seule des malades dont nous avons l'observation a été revue et encore le résultat anatomique n'était-il pas complet.

Quant au raccourcissement vaginal des ligaments ronds, qui fut ensuite tenté, il ne donna aucun résultat satisfaisant : les échecs furent presque tous complets. En 1900 nous retrouvons, dans la statistique de Vineberg, 53 cas sans mort. Sur ce total il y eut 48 échecs. Dans un autre fait, après une grossesse, la rétroversion reparut, enfin il reste un cas où des adhérences avec réapparition de la rétroversion furent constatées au bout de cinq mois.

HYSTÉROPEXIE DIRECTE

A côté de ces procédés employant la voie vaginale pour fixer l'utérus se place l'hystéropexie directe, l'hystéropexie proprement dite qui consiste essentiellement à fixer l'organe à la paroi après laparotomie.

En examinant les résultats que nous fournit cette méthode de l'hystéropexie directe nous pouvons considérer un nombre total de 131 opérations. Parmi les malades dont les observations sont relatées ; 113 ont été revues: ce sont les seules que nous puissions considérer. Or, à côté de cas heureux où le résultat fut satisfaisant, nous pouvons en relever un certain nombre d'autres qui sont tous des échecs plus ou moins complets. Il est intéressant de le examiner.

Si nous cherchons à classer ces insuccès il nous sera facile de les diviser en catégories dont le simple examen suffira à donner une idée des résultats opératoires.

Dans trois des observations il nous a été permis de relever un échec qu'on peut considérer comme complet, il s'agit, en effet, d'insuccès anatomique et fonctionnel à la fois (obs. XI, XII, XIII, XV).

Dans la deuxième catégorie des faits mentionnés

nous rangerons les échecs anatomiques, mais avec coexistence d'un bon état fonctionnel. Le total direct de ces observations est peu élevé, nous n'en trouvons que deux (obs. XIV, XV).

Trente-quatre fois, au contraire, le succès anatomique est resté parfait : la correction de la déviation utérine, au point de vue statique seul, s'est maintenue ; mais les troubles fonctionnels, plus ou moins graves, n'ont point tardé à se manifester de nouveau.

Il est intéressant de rechercher la nature des troubles fonctionnels qu'ont présentés les malades, et de noter le résultat de la laparotomie chez elles.

Chez un grand nombre de ces malades on pourra constater la persistance des troubles nerveux, comme dans les observations XX, XXII, XXV.

A côté de ceux-ci nous citerons la gêne de la miction, les troubles vésicaux qui semblent, sans conteste, relever de l'intervention elle-même. Cinq fois (obs. XVII, XIX, XXX, XXXIII, XLIII) (Ferry) les malades ont présenté, soit des douleurs à la miction, soit enfin l'insuffisance de contention vésicale avec perte des urines.

Plus nombreux sont les cas où l'on pourra noter la persistance des douleurs. En dépit parfois d'une légère amélioration, toute passagère d'ailleurs, nous avons pu relever treize fois ce trouble fonctionnel, et quelques observations du reste nous ont frappé par l'acuité du symptôme et la défaite complète de l'hystéropexie à ce point de vue (obs. XVIII, XXIII, XXVII,

XXIX, XXXII, XXXIV, XXXVI, XXXVIII, XXXIX, XL, XLIV, XLV, XLVI, XLVIII).

Parmi les malades que nous comprendrons dans ce groupe un certain nombre a présenté en même temps que des douleurs, au moment des époques menstruelles, ou en dehors d'elles, des troubles très nets des règles. Mais ces cas combinés mis à part, nous avons relevé six fois des observations de femmes chez qui, après l'intervention, des métrorragies plus ou moins intenses sont survenues (obs. XVI, XXVIII, XXXI, XXXVII, XLII, XLVIII, L).

Une seule fois l'aménorrhée peut être retenue et vient naturellement se ranger à la suite de la classification de ces troubles génitaux (obs. XLVII).

Il nous reste encore à citer la persistance de l'infection et des inflammations génitales, soit qu'il s'agisse d'annexite, nous pouvons noter cinq observations (obs. XXIV, XXVIII, XXXIX, XLI, L, etc.) (Ferry), ou bien de métrite (obs. XXI, XXVI, XXXV) (Ferry).

Nous rappellerons enfin pour terminer, que parmi les malades mentionnées, quelques-unes ont subi une seconde intervention, et en dehors d'un cas d'hystérocolpocleisis qui, du reste, a complètement guéri, nous avons noté des cas de laparotomie avec hystérectomie secondaire.

Obs. XI (*in* thèse Ferry). — Julie D..., trente-trois ans, couturière. Cochin, service de M. Schwartz, 12 novembre 1894.

Tuberculose tibio-tarsienne à l'âge de neuf ans. Mariée à vingt et un ans. Un accouchement normal. Un an après, métrite, souffre depuis. Il y a trois ans, au Brésil, coliques hépatiques ? et péritonite. Un an après, nouvelle colique avec ictère. Depuis six mois fortes douleurs à gauche, surtout au moment des règles.

Rétroflexion douloureuse et adhérente. Annexes saines

20 novembre. — Redressement sous chloroforme et Alexander. Ligaments ronds friables. Suppuration légère des deux plaies, l'utérus ne tient pas.

15 janvier 1895.— Laparotomie. Utérus friable. Hystéropexie (3 soies).

Sort le 16 février.

6 avril 1895. —*Rétroversion reproduite.*

8 mai 1902. — Même état, souffre relativement peu.

Obs. XII (d°). — G..,, dix-neuf ans, servante, entre dans le service de M. Schwartz, 2 novembre 1904.

Pas de grossesse. Opérée le 30 août 1904 pour un prolapsus génital, récidive un mois après.

Cystocèle, rectocèle. Utérus petit mais rétrofléchi.

12 novembre. — Hystéropexie, trois catguts.

14 décembre. — Bons résultats.

23 octobre 1905. — Revient avec une cystocèle volumineuse. Souffre au niveau de sa cicatrice.

31 octobre- — Colporraphie postérieure.

Obs. XIII (d°). — B..., femme P..., culottière, vingt-six ans. Service de M. Schwatz, 3 février 1892.

Un enfant il y a trois ans, souffre surtout à droite. Règles irrégulières. Constipation intense.

Rétroflexion adhérente. Salpingite droite.

11 février. — Castration droite. Hystéropexie (soies).

28 septembre 1894. — Accouche à terme après grossesse normale.

Juin 1896, — Revient pour de la céphalée syphilitique. L'utérus est détaché de la paroi.

Mai 1904. — Utérus volumineux, fibrome ?

Obs. XIV (*in* thèse Figuiera). — P..., quarante-cinq ans, avril 1893. Femme débile à tissus mous, peu résistants, sujette à des crises de dépression. Trois enfants, incapacité fonctionnelle, hernie vaginale excessive formant tumeur hors de la vulve. Cervicite hypertrophique. Rétrodéviation. Opération à la suite d'une poussée d'hématocèle pelvienne. Ablation du col, colporraphie antérieure, colpopérinéoplastie. Libération des annexes adhérentes, hystéropexie. Guérison pendant six mois. Au bout de ce temps retour d'un premier degré de rétrodéviation toléré sans douleur.

Obs. XV (d°). — B..., vingt-sept ans, mai 1897. Deux enfants, efforts continuels dus à un travail professionnel très pénible. Cervicite, rétrodéviation utérine avec flexion rétroprolapsus annexiel douloureux à droite, périnée normal.

3 mai. — Dilatation lente suivie de curettage et pessaire de Hodge.

11 août. — Opération. Laparotomie. Libération des annexes adhérentes et congestionnées, surtout à droite, ignipuncture de l'ovaire droit kystique. Hystéropexie

abdominale. Mobilité utérine assez grande constatée six mois plus tard, malgré que le pessaire ait été maintenu pendant trois mois après l'intervention.

Obs. XVI (d°). — Ch..., quarante ans, 1893. Un enfant, rétroversion ancienne, tolérable. Depuis vingt ans annexite gauche, tumeur pelvienne douloureuse du volume du poing. Laparotomie.

7 avril 1893. — Ablation unilatérale des annexes gauches, les annexes droites adhérentes, peu altérées, sont libérées, hystéropexie. Suites régulières.

Hémorragies pendant six mois, nécessité d'un curettage, l'utérus était en bonne position.

Obs. XVII (d°). — L..., trente-cinq ans, juillet 1899. Nerveuse, Réglée à quinze ans, irrégulièrement, quelquefois tous les quinze jours, peu abondamment. Crises de nerfs. Soignée pour dilatation de l'estomac et rein mobile. Douleur dans la région lombaire, surtout pendant la marche, pertes blanches continuelles. Rétroversion et annexite droite. Intolérance du pessaire, hystéropexie abdominale. Guérison opératoire. Trois mois après, troubles de la miction, la vessie est intolérante, les urines troubles. L'état général au bout d'un an n'était pas amélioré. Le rein droit paraissait très mobile.

Obs. XVII (*in* thèse Ferry). — L..., femme N..., vingt-six ans, ménagère, entre à Saint-Louis, dans le service de M. Richelot, en mars 1896. Deux grossesses, souffre du ventre depuis la première. Troubles digestifs. troubles nerveux. Règles très abondantes, pertes blanches.

Examen. — Rétroversion très marquée, très mobile, annexes normales.

24 mars 1896. — Opération, hystéropexie faite surtout contre les troubles dysménorrhéïques. Souffre toujours autant, avril 1897.

Obs. XIX (d°). — Mme G... L..., trente ans, sans profession. Soignée en mai 1897 par M. Richelot.

Deux enfants. Malade depuis ses couches. Depuis trois ans est au lit presque continuellement. Anémie, crises de douleurs abdominales. Règles douloureuses.

Rétroflexion absolue. Sans adhérences. Utérus gros Annexes saines.

A déjà suivi des traitements sans résultat. On hésite à faire l'hystérectomie, mais étant donné le jeune âge de la malade on se décide pour l'hystéropexie, qu'on fait le 20 mai 1897. Ovaires polykystiques et kystes péritubaires. Ponction au thermo. Hystéropexie habituelle. Suites simples. Quitte la maison de santé mieux portante, mais accuse des troubles de la miction. Vessie pesante et douloureuse à mesure qu'elle se remplit. Mictions très fréquentes, c'est une gêne pour elle très pénible.

Améliorée comme état général, n'a plus de douleurs. Conserve sa gêne vésicale.

Obs. XX (d°). — Mme J..., vingt et un ans, domestique. Hôpital Saint-Louis, service de M. Richelot; novembre 1895.

Accouchement il y a deux ans. A toujours souffert depuis mais beaucoup plus depuis un mois. A dû cesser son travail.

Rétroversion. Petite salpingite gauche.

19 novembre 1895. — Opération. On trouve deux salpingites parenchymateuses de volume moyen, adhérente. Castration bilatérale. On essaye une fixation par pédiculisation des annexes sans résultats. Hystéropexie ordinaire. Suites normales.

Novembre 1896. — État général bon, mais souffre à la moindre fatigue. *Plus nerveuse qu'avant*, bouffées de chaleur, chaque mois a engraissé.

Obs. XXI (d°). — Mme B..., vingt-six ans, sans profession. Soignée en mars par M. Richelot à Saint-Louis.

Fausse couche il y a cinq ans, malade depuis. Règles douloureuses et irrégulières, pertes blanches, douleurs abdominales.

Utérus gros, congestif, rétrofléchi, annexes saines.

25 février 1895. — Hystéropexie ordinaire. Suites normales.

29 avril 1896. — Santé bonne, ne souffre plus. Règles indolentes, encore un peu faible, neurasthénie légère.

Janvier 1897. — Va bien.

Février 1899. — Santé générale bonne. Grosseur médiocre depuis trois mois. Règles irrégulières, un mois fortes, un mois faibles. Utérus solidement fixé à la paroi mais gros comme dans une grossesse de deux mois.

Diagnostic réservé.

Mars 1900. — Revient consulter. Règles très abondantes, douloureuses. Pertes blanches. Troubles digestifs, constipation, troubles nerveux intenses, uréthrite, vaginite. Infection gronococcique probable. Utérus gros et douloureux.

26 mars. — Laparotomie. Hystéropexie superbe. Adhérences intimes et solides, cependant trop sur le fond malgré que la fixation n'ait porté que sur la face antérieure partie basse. On dissèque les adhérences, l'utérus se dégage facilement. On fait l'hystérectomie totale avec castration bilatérale.

L'utérus est énorme, deux poings; ovaires énormes et scléro-kystiques.

29 octobre 1900. — Malade parfaitement guérie, quelques bouffées de chaleur, plus de constipation. Aucune douleur, n'est plus nerveuse.

Octobre 1902. — Elle est superbe.

Obs. XXII (d°). — M. L. E..., vingt-sept ans, domestique, entre à Saint-Louis, service de M. Richelot, 1895.

Il y a trois ans, a dû garder le lit pour douleurs abdominales. Souffre depuis cette époque. A la fin de janvier 1895 les douleurs l'ont obligée à cesser son travail.

Pertes blanches, douleurs spontanées et provoquées à gauche. Utérus rétrofléchi mobile, mais douloureux, annexite gauche ?

Octobre 1895. — Laparotomie. On trouve un utérus petit, rétrofléchi. Quelques adhérences celluleuses des annexes droites.

Hystéropexie habituelle.

Suites normales.

Mars 1896. — « Ça ne va pas fort », dit la malade, elle souffre encore. Neurasthénie modérée. Douches. Utérus solidement fixé.

Obs. XXIII (d°). — H... Jeanne, vingt-deux ans, blan-

chisseuse, entrée à Saint-Louis, mars 1897, service de M. Richelot.

Réglée à treize ans, toujours mal, depuis trois ans accouchement normal. En décembre 1896 fausse couche. Depuis cette époque souffre dans le bas-ventre avec irradiations lombaires. Règles douloureuses, pertes blanches, constipation.

Utérus complètement rétrofléchi mais mobile. Annexes de volume normal mais douloureuses.

27 mars 1897. — Laparotomie. Hystéropexie habituelle. Suites normales.

6 juillet 1899. — Elle dit *n'être guère améliorée.* Deux fausses couches, la première après une chute, la deuxième sans cause.

Utérus solidement fixé, mais en antéversion très accentuée, comme s'il avait été fixé par le fond.

Obs. XXIV (d°). — P..., vingt-huit ans. Opérée le 16 mars 1897 par M. Guinard. Déchirure du vagin mais laparotomie à cause d'une annexite gauche. Ignipuncture de l'ovaire gauche.

Hystéropexie (2 soies).

Revue en juillet 1900. Utérus en bonne position, souffre encore, a de l'annexite gauche.

Obs. XXV (d°). — B..., mariée, vingt-neuf ans, sans profession, entrée le 17 octobre 1901, à la maison Dubois, service de M. Guinard. Gros utérus mou en rétroflexion. Annexite droite.

21 octobre. — Castration droite. Hystéropexie au catgut.

Revue le 27 octobre 1904. Utérus bien fixé. Annexes

saines mais névralgie iléo-lombaire gauche et phénomènes névropathiques généraux, insomnie.

Obs. XXVI (d°). — C... A..., trente-quatre ans, repasseuse, entrée à Cochin, dans le service de M. Schwartz, novembre 1891. Malade depuis deux ans. Cinq accouchements, le dernier il y a onze mois. Souffre davantage depuis, est alitée depuis quatre mois. Douleurs dans le bas-ventre, surtout à gauche, pertes blanches et jaunes. Souffre en urinant. Constipation absolue. Utérus à 3 centimètres de la vulve. Rétroflexion très marquée et adhérente, annexite double.

4 décembre 1891. — Laparotomie, castration double, libération de l'utérus et hystéropexie.

Juillet 1893. — Bon état.

1897. — Utérus bien fixé, mais métrite aiguë.

Obs. XXVII (d°). — R..., quarante-neuf ans, blanchisseuse. Cochin, service de M. Schwartz, février 1892.

Énorme cystocèle et rectocèle avec prolapsus.

2 mars. — Amputation du col et élytro, colpo-périnéorraphie.

Février 1892. — Hystéropexie abdominale.

Juillet 1892. — Utérus haut, très bien situé, légère cystocèle.

Souffre encore quand elle fatigue. Continue à souffrir. Hystérectomie.

Obs. XXVIII (d°). — Jos... P..., vingt-neuf ans, domestique, entrée à Cochin, service de M. Schwartz, octobre 1892.

Règles toujours douloureuses. Un enfant à quinze ans, couches normales.

Depuis longtemps pertes blanches, douleur dans le ventre, garde le lit depuis trois mois, grande constipation et mictions douloureuses et difficiles. Léger prolapsus et rétroversion. Annexite double surtout à droite.

25 octobre. — Curettage le 13 novembre, continue à souffrir.

30 juin 1893. — Hystéropexie (3 soies). Sort le 3 juillet guérie.

28 octobre 1893. — Parfait état, mais a éliminé 3 gros fils de soie, utérus tient bien.

1897. — Utérus gros, métrorragies, fibrome?

Obs. XXIX (d°). — P..., trente-quatre ans, Cochin, service de M. Schwartz, juin 1894.

Ni enfant ni fausse couche, il y a six ans, à la suite d'un effort, douleur brusque dans le bas-ventre, perte de connaissance. Pessaire, depuis douleur dans le rectum, impossibilité de rester assise, mictions fréquentes et douloureuses. Règles douloureuses, rétroversion avec léger prolapsus irréductible sur l'hystéromètre. Annexite droite.

21 juin. — Laparotomie, ovaire gauche scléro-kystique, ignipuncture, ablation d'un petit fibrome. Hystéropexie. Guérie le 13 juillet.

1896. — Utérus bien fixé. Peu soulagée au point de vue des douleurs.

Obs. XXX (d°). — B... Florine, vingt-huit ans, couturière, Cochin, service de M. Schwartz, 25 juin 1894.

Un enfant il y a six ans, sensation de pesanteur au rectum et douleurs hypogastriques, depuis quelque temps pertes blanches.

Rétroversion et flexion, avec léger prolapsus. Pas d'annexite. Utérus adhérent.

30 juin 1894. — Laparotomie libératoire d'adhérences, castration droite, hystéropexie (3 soies). Suites normales.

31 mars 1895. — Revue guérie, juillet 1896. Cicatrice bonne, utérus bien fixé. État général excellent, mais a toujours une sensation de corps étranger dans la vessie au moment des mictions.

Obs. XXXI (d°). — Lucie, vingt-huit ans, couturière, Cochin, service de M. Schwartz, 2 juillet 1894.

Il y a trois ans, sans avoir eu de retard de règles, se prolongeant un mois, puis absentes quatre mois, puis nouvelle métrorragie se terminant par une crise de douleurs dans le ventre durant deux jours. Depuis, plusieurs crises semblables, la dernière il y a dix jours.

Rétroversion adhérente sans annexite.

10 juillet. — Libération de l'utérus. Hystéropexie, 3 soies.

2 août. — Sort guérie.

10 octobre 1894. — Utérus bien fixé, mais les hémorragies ont recommencé trois mois après l'opération. Métrite hémorragique.

Obs. XXXII (d°). — Madeleine D..., vingt ans, femme de chambre, Cochin, service de M. Schwartz, 7 novembre 1894.

Réglée à dix ans et demi. En décembre 1893, mictions douloureuses et pertes vertes.

25 juillet 1894. — Fausse couche, cinq mois et demi,

curettage, phlébite et péritonite. Soignée à la Maternité dont elle sort le 23 octobre.

Depuis métrorragies, douleurs à gauche et constipation, col mou ulcéré, rétroversion. Annexite double.

20 novembre 1894. — Libérations d'adhérences nombreuses. Castration double, hystéropexie (soie du pédicule annexiel droit).

Sort le 27 décembre.

Mars 1896. — Perd tous les trois mois, actuellement depuis seize jours, utérus bien fixé, mais douloureux.

Obs. XXXIII (d°). — C.... Marie, trente-deux ans, entrée à Cochin, dans le service de M. Schwartz, 15 octobre 1894.

A déjà été curettée au mois d'août pour une métrite hémorragique.

Actuellement, métrite et rétroversion adhérente.

20 octobre. — Hystéropexie.

Continue à souffrir.

29 novembre. — Laparotomie. Utérus tient bien. On enlève la trompe et l'ovaire gauche.

Sort le 24 décembre.

18 janvier 1895. — État parfait, cependant encore un peu de douleur à gauche, et cuisson à la miction.

Obs. XXXIV (d°). — C..., vingt-deux ans, Cochin, service de M. Schwartz, juillet 1895.

Mariée à vingt-deux ans, un mois après douleurs dans le ventre, pertes verdâtres, douleurs en urinant, règles plus abondantes, irrégulières et très douloureuses.

A dû cesser de travailler il y a deux mois, actuellement

ses pertes sont plus claires, mais elle souffre toujours, surtout à gauche. Constipation opiniâtre. Utérus en rétroversion. Annexite gauche.

1er août. — Castration gauche. Hystéropexie (4 soies).

3 janvier 1896. — Parfaite guérison. Utérus bien fixé, souffre encore au moment des règles.

Obs. XXXV (d°). — Femme T..., trente-quatre ans, Cochin, service de M. Schwartz, octobre 1895.

Deux accouchements à vingt et vingt-neuf ans. Après la seconde métrite, guérie par cautérisation, il y a deux mois, les douleurs réapparaissent surtout au moment des règles, et à gauche irradiant aux reins et aux cuisses.

Col dur et gros.

Rétroversion adhérente.

29 octobre. — Curettage, puis laparotomie. Ruptures de fortes adhérences; puis hystéropexie.

15 juillet 1896. — Cicatrice bonne, utérus bien fixé, ne souffre plus du ventre mais un peu des reins. Vaginite et métrite du col.

Obs. XXXVI (d°). — Juliette D..., vingt et un ans, blanchisseuse, entre à Cochin, dans le service de M. Schwartz, 3 février 1897.

Deux accouchements normaux, le dernier en juin 1895. A la suite ressent du côté gauche des douleurs qui augmentent progressivement, pertes blanches.

Gros utérus.

Rétroflexion mobile.

13 février. — Hystéropexie.

Mai 1899. — *Petite éventration* au-dessus de la fixation utérine. Utérus bien fixé. Souffre encore.

Obs. XXXVII (d°). — Femme B..., trente et un ans, relieuse, entre à Cochin, dans le service de M. Schwartz, le 11 septembre 1897.

Rétroversion et prolapsus.

Colpopérinéorraphie, *hystéropexie*.

23 février. — Douleurs très vives augmentant au moment des règles et siégeant de chaque côté. Annexes saines.

27 juillet 1898. — Mêmes douleurs, surtout à gauche, règles tous les quinze jours. Utérus bien fixé, gros, remontant à mi-hauteur de l'ombilic. Aucun prolapsus.

Obs. XXXVIII (d°). — Femme J..., vingt-six ans, entre à Cochin, dans le service de M. Schwartz, le 12 novembre 1894. Toujours mal réglée. Premier enfant à dix-huit ans, couches normales, mais suivies de péritonite. Deuxième enfant à vingt ans, grossesse pénible. Troisième à vingt-trois ans. Couches bonnes. Depuis perd et souffre à gauche et dans les reins.

Depuis huit mois porte un pessaire, mais ne peut plus le supporter.

Gros utérus, rétroflexion complète.

22 novembre. — Chloroforme, utérus réduit, gros et lourd. Laparotomie. Annexes saines. Hystéropexie (4 soies). Sort guérie le 13 décembre.

4 janvier 1895. — Utérus bien fixé, métrite du col.

10 décembre 1903. — Hystéropexie parfaite, mais troubles menstruels et douleur.

Obs. XXXIX (d°). — B... Philomène, femme C..., vingt-huit ans, Cochin, service de M. Schwartz, le 6 mars 1896.

Un enfant il y a cinq ans, couches normales. Souffre depuis. Règles irrégulières, durant quinze jours. Pertes blanches. Vives douleurs rectales. Sensation de pesanteur au moment des règles, doit garder le lit.

Rétroversion et rétroflexion adhérentes.

17 mars. — Hystéropexie (4 soies).

6 juillet 1896. — N'a pas été soulagée par l'opération. Sensation d'un corps étranger à la vulve et pesant sur le rectum. Cependant l'utérus est haut et tient bien, névropathie.

Avril 1902. — Souffre encore au moment des règles (ventre, dos, reins, estomac). Utérus bien fixé, annexite gauche très nette.

Obs. XL (d°). — E..., femme B..., vingt-sept ans, couturière, entre dans le service de M. Schwartz, 8 mars 1901.

Réglée à dix-huit ans peu et irrégulièrement. Mariée à vingt-trois ans, un enfant il y a quatre ans, un second avant terme il y a trois ans. En mai 1900 fausse couche, curettage. Un mois apparaissent les douleurs et les ménorragies.

Les règles durent trois semaines et sont douloureuses.

Pertes blanches, mictions difficiles, défécation douloureuse.

8 mars 1901. — Col volumineux et entr'ouvert, utérus long et rétrofléchi. Annexes douloureuses.

19 mars. — Laparotomie. Ovaire droit petit et scléreux. Ovaire gauche polykystique, ignipunctures. Trompes nor-

males. Raccourcissement intra-péritonéal des ligaments par plicature. Fixation à la soie.

26 juin 1901. — Souffre encore par crises à se rouler par terre.

27 juin. — Laparotomie, adhérences épiploïques. La plicature a cédé à droite. A gauche, on aperçoit encore la soie qui tient. Ignipuncture de l'ovaire droit. Hystéropexie. Paroi en trois plans ; suites normales.

13 février 1902. — Depuis sa dernière opération, perd continuellement en blanc et souffre toujours ; culs-de-sac très douloureux, surtout le droit.

15 février 1903. — Nouvelle laparotomie par M. Riche. Hystérectomie sus-vaginale.

L'utérus est très rouge et parsemé de néo-membranes. Il est en position physiologique, relié à la paroi par un tractus vertical, long de 6 centimètres, formant comme un ligament rond surajouté. Salpingites parenchymateuses avec oblitération des trompes. Suites normales.

Sort le 12 mars.

28 février 1903. — Souffre encore après son opération, mais chaque jour de moins en moins ; elle est, en somme, beaucoup mieux. A repris son travail.

Obs. XLI (d°). — L... Louise, professeur de piano, 13 février, service de M. Walther.

Deux fausses couches, la dernière en 1903 suivie de péritonite ; évacue une collection suppurée par le rectum et a une crise d'entérite. A la suite, au moment des règles, douleurs lombaires et abdominale, avec selles douloureuses. Puis on la soigne pour une salpingite qui la tient au lit deux mois et depuis l'empêche de travailler.

Appendice douloureux, rétroflexion utérine. Annexes droites augmentées de volume et adhérences.

15 février. — Laparotomie. Appendice adhérent gros et dur, résection, ablation des annexes droites qui présentent un kyste, ignipuncture à gauche. Hystéropexie au catgut.

Sort le 10 mars guérie. Les règles sont revenues normalement. Depuis poussées d'entérites avec mucomembranes. Fièvre.

En mai, crise d'ovarite gauche. Nouvelle crise en juillet. Depuis, à la moindre fatigue, les douleurs réapparaissent. Revient en octobre 1905. Ovaire gauche gros et douloureux. Utérus en antéversion peu sensible.

Deuxième laparotomie le 20 octobre. Chéloïde légère ; paroi solide. Au niveau de l'hystéropexie on note deux tractus formés par des adhérences étirées, ayant une longueur de 4 à 5 centimètres et allant de la paroi à la face antérieure de l'utérus. Le tractus gauche est plus volumineux que le droit.

Hystérectomie sub-totale. Suites normales.

Sort le 9 novembre.

Obs. XLII (d°). — Marie, femme J..., trente ans, entre dans le service de M. Walther le 20 mars 1903. A eu une grossesse normale il y a cinq ans. Depuis un an a eu sept crises d'appendicite.

Appendicite chronique, salpingite droite, Rétroflexion, rein flottant.

Laparotomie le 2 avril 1903. Utérus rétrofléchi et adhérent. Annexes adhérentes à droite, ignipuncture de

l'ovaire. Castration gauche. Appendicectomie. Hystéropexie au catgut.

Donne de ses nouvelles le 23 janvier 1906, souffre encore quoiqu'elle soit très améliorée, souffre surtout à droite de l'ombilic (rein flottant).

Règles plus irrégulières et plus abondantes qu'avant l'opération, semble être une grande nerveuse.

Obs. XLIII (d°). — C... Rose, femme D..., trente-huit ans, entre dans le service de M. Walther en décembre 1902. Elle souffre depuis une fausse couche.

Rétroversion, salpingite double, appendicite chronique, rein flottant.

Laparotomie le 3 décembre 1902. Appendicectomie, kystes péritubaires, annexes adhérentes.

Castration bilatérale.

Hystéropexie par le fond.

Revue le 25 janvier 1906. Ne souffre plus, a toujours des vapeurs, qui augmentent au moment des règles. Perd ses urines au moindre effort. Utérus bien fixé, paroi excellente.

Obs. XLIV (d°). — G... Élise, femme E..., trente ans, tapissière, entre dans le service de M. Walther, janvier 1905.

Trois enfants couches normales. Une fausse couche il y a deux ans. A été plusieurs fois soignée pour de la métrite. Règles très douloureuses obligeant au repos.

Métrite rétroflexion douloureuse. Annexite droite. Laparotomie le 3 février. Castration droite. Hystéropexie au crin. Appendicectomie. Suites normales.

Revue le 22 janvier 1906. *Règles aussi douloureuses* et aussi abondantes qu'avant, mais ne souffre plus en dehors des époques. Paroi solide. La palpation détermine un petit picotement et fait sentir à droite le nœud du crin. De plus, au moment des règles il y a des tiraillements douloureux dans la paroi. Utérus bien fixé, le col est coudé en arrière.

Obs. XLV (d°). — L... Marie, vingt-neuf ans, femme de chambre, entre dans le service de M. Walther le 17 février 1905.

Deux crises d'appendicite depuis un mois. Glace. A son entrée, plastron à droite. Castration gauche. Énucléation d'un petit fibrome de la paroi utérine postérieure.

Hystéropexie au crin. Sort guérie le 26 avril.

Revue le 8 janvier 1906. Chéloïde légère. Utérus en bonne position. Ovaire droit sensible. Les premières règles après l'opération ont été moins douloureuses, mais depuis les autres sont aussi douleureuses qu'avant.

Obs. XLVI (d°). — N... Angèle, vingt-quatre ans, cuisinière, entre dans le service de M. Walther le 3 mai 1905. A toujours eu des règles très douloureuses et des pertes blanches. Il y a deux ans et demi, crise violente d'appendicite. Depuis a toujours souffert à droite.

Appendicite chronique et colite.

Rein mobile. Utérus rétro-fléchi. Annexite droite.

Laparotomie le 12 mai. Appendicectomie, ignipuncture des ovaires. Hystéropexie au crin.

Revue le 13 janvier 1906. Souffre à droite. *Les règles*

sont plus douloureuses qu'avant. Utérus bien fixé. Se plaint surtout, au moment des règles, de piqûres à droite de l'incision. A ce niveau, on sent un nœud de crin.

Obs. XLVII (d°). — Marie G... femme D..., vingt-sept ans, entre le 29 novembre dans le service de M. Walther.

Il y a cinq ans, grossesse pénible. Accouchement normal. A la suite douleurs pelviennes, pertes blanches, règles douloureuses obligeant au repos. Constipation intense, en même temps troubles dyspeptiques et douleurs dans la fosse iliaque droite. Depuis cinq mois, elle est plutôt améliorée, mais conserve des douleurs pelviennes.

Appendicite chronique, rétroversion, avec flexion. Laparotomie.

6 décembre 1905. — Résection d'un appendice sous-cæcal bridé en son milieu. Ignipuncture de l'ovaire droit. Hystéropexie au crin.

Revue le 22 janvier 1906, paroi excellente. Utérus bien fixé à la paroi, le col regarde en arrière et est coudé. Annexes gauches sensibles.

N'a pas revu ses règles.

Obs. XLVIII (d°). — T... Maximilienne, vingt-cinq ans, employée. Entre dans le service de M. Walther, le 16 octobre 1905.

Accouchement normal à vingt-trois ans, à la suite pertes abondantes et phlébite. Depuis troubles digestifs marqués, douleurs abdominales à la moindre fatigue. Il y a un mois violentes coliques à la suite desquelles les troubles digestifs augmentent et apparaissent, en même

temps que des pertes blanches, des douleurs violentes menstruelles.

Colite et appendicite chronique. Rétroversion très marquée. Annexes grosses et adhérentes. Laparotomie le 27 octobre 1905. Appendicectomie. Ablation des annexes droites. Ignipuncture à gauche. Hystéropexie au crin. Suites normales.

Revue le 15 janvier, utérus en bonne position. Ovaire gauche légèrement douloureux. Règles très douloureuses et en avance.

Obs. XLIX (d°). — Marthe M..., vingt-trois ans, couturière, entre dans le service de M. Walther, le 23 juin 1905.

Règles régulières durant huit jours, mais non douloureuses.

Il y a quatre ans accouchement au forceps depuis souffre du ventre et a eu deux fausses couches.

En mai 1904, crise douloureuse avec vomissements et fièvre, il y a trois semaines nouvelle crise soignée par la glace.

Annexite gauche, utérus rétrofléchi.

Laparotomie le 10 juillet, castration gauche. Ignipuncture ovaire droit, utérus adhérent au Douglas. Hystéropexie au crin. Drainage. Suites normales.

Donne de ses nouvelles le 22 janvier 1906. Va aussi bien que possible mais souffre encore à gauche.

Obs. L (d°). — Georgette, dix-sept ans, couturière, entre dans le service de M. Walther, le 3 janvier 1904. Métrite ancienne. Fausse couche il y a trois mois, depuis pertes abondantes.

Utérus rétrofléchi globuleux, annexite droite légère, grosse salpingite gauche. Entéro-colite et appendicite chronique.

Laparotomie le 5 février. Castration gauche, ignipuncture de l'ovaire, appendicectomie. Hystéropexie au crin. Suites normales.

Revue le 15 janvier 1906. Bien réglée avant l'opération, a depuis des règles longues et douloureuses l'obligeant à se reposer.

Pertes blanches abondantes. Parois bonnes, utérus bien fixé.

LIGAMENTOPEXIE

Opération d'Alquié-Alexander

Rappelons simplement que cette opération consiste dans le raccourcissement extra-abdominal des ligaments ronds dans le but de relever l'utérus et de le maintenir en bonne position. Et, considérons les résultats de cette intervention.

Si nous réunissons le total des observations se rapportant aux malades qui ont subi l'opération d'Alquié-Alexander nous arrivons au chiffre important de 94 cas. Parmi les malades ainsi traitées, 57 ont été revues et les résultats peuventici se classer en trois catégories.

Deux fois seulement nous avons pu relever un insuccès complet.

Dans quelques cas, plus fréquents au contraire, le résultat anatomique ne vient pas récompenser les efforts du chirurgien.

Toutefois, il faut rappeler que, souvent, les malades se trouvent améliorées après l'intervention bien que l'hystéropexie ne se soit pas maintenue (obs. LVI,

LIX, LXI). Dans la plupart de ces cas d'ailleurs il a été procédé à une seconde opération.

Plus intéressantes peut-être au point de vue pratique sont les observations où le résultat opératoire reste bon alors que les troubles antérieurs vont se manifester de nouveau. Il s'agit, en effet, dans la plupart des cas, de phénomènes douloureux, réapparaissant d'une façon plus ou moins précoce après l'acte opératoire ; ou bien encore de troubles nerveux ou psychiques peu améliorés ; ou enfin, de phénomènes locaux relevant avant tout d'une métrite ou d'une infection tubaire.

Deux cas de mort enfin faisant suite à l'intervention peuvent être relatés. On ne saurait prétendre les rattacher à la technique même de l'opération, mais nous ne saurions les passer sous silence (obs. LX, LX *bis*). Ces deux faits nous rappellent nettement toute l'importance d'une intervention, si peu grave en apparence et si bien réglée soit-elle.

Obs. LI (*in* thèse Figuiera). — S... P..., vingt-sept ans, 11 février 1887. Névropathe, vierge. Douleurs permanentes avec crises paroxystiques, métrorragies, leucorrhée, dysménorrhée douloureuse ; neurasthénie très accentuée. Incapacité de travail, état général mauvais. Endométrite totale, allongement et conicité du col ; ovaro-salpingite droite avec adhérences ; rétrodéviation. Dilatation et écouvillonnage ; raccourcissements des deux ligaments ronds repliés dans la plaie. Guérison, persistance de la

neurasthénie et des symptômes douloureux malgré la guérison de l'endométrite et la réduction de la déviation. Hystérectomie plus tard par Richelot, qui trouve les annexes saines et l'utérus en bonne position.

Obs. LII (d°). — M..., vingt-deux ans, 3 mai 1887. Névropathe, toujours bien réglée, deux grossesses normales. Depuis le deuxième accouchement douleurs dans les reins et pertes blanches abondantes. Périnée rompu antérieurement et réduit à un raphé cicatriciel aminci. Incapacité physique, endométrite, rétroversion, cystocèle, rectocèle, prolapsus utérin. Curage, colporraphie antérieure. Colpo-périnéorraphie, raccourcissement des deux ligaments ronds. Guérison. Les troubles névropathiques persistent pendant un certain temps.

Obs. LIII (d°). — X..., vingt-neuf ans, 7 juin 1887. Névropathe, santé générale très affaiblie, un accouchement, métrite consécutive. Deux ans après pelvi-péritonite dont les suites ont duré dix mois, coliques, tiraillements, pesanteur dans le bas-ventre. Leucorrhée abondante, état gastrique mauvais, vomissements, lipothymie. Incapacité de marcher ou de se tenir debout. Relâchement de la paroi antérieure du vagin, col gros, corps en rétrodéviation compliqué de rétroflexion. Dilatation progressive, amenant la guérison de la flexion. Colporraphie antérieure, raccourcissement des deux ligaments ronds. Guérison. Persistance des troubles nerveux.

Obs. LIV (d°). — R..., vingt-neuf ans. Chloro-anémie, névropathie très accusée, menstruation irrégulière, très abondante. Fausse couche, menstruation tous les huit jours,

puis tous les cinq mois. Leucorrhée, douleurs violentes dans le ventre et dans les reins, stérilité consécutive. Prolapsus au premier degré, rétroversion, métrite cervicale chronique, prolapsus de l'ovaire droit, curage après dilatation, écouvillonnage. Amputation biconique du col. Colporraphie antérieure, raccourcissement des ligaments ronds.

Guérison de la déviation. Persistance des douleurs et de la stérilité.

Obs. LV (d°). — J..., vingt-trois ans, avril 1890. Menstruation irrégulière et douloureuse, métro-annexite, stérilité. Douleurs vives, neurasthénique. Salpingo-ovarite double, rétroversion. Dilatation, curettage, Alexander double. Guérison. Persistance de la tumeur annexielle droite, assez volumineuse en 1895.

Obs. LVI (*in* thèse Figuiera). — P..., vingt-deux ans, 7 avril 1886. Lymphatique à dix-huit ans. Crise subite de douleurs abdominales n'ayant jamais disparu ; un accouchement. Hémorragies continues, utérus gros et non dévié en arrière, col affleure la vulve. Prolapsus, cystocèle, rétroversion mobile, colporraphie antérieure, raccourcissement du ligament rond droit qui se rompt, suture. Guérison. Deux accouchements.

En 1898, l'utérus tend à se rétroverser.

Obs. LVII (d°). — J..., trente-cinq ans, 20 février 1887. Vierge, rétrodéviation atonique amenée par une lésion complexe portant sur les segments moyen et vaginal du col de l'utérus. Douleur, leucorrhée, névropathie excessive.

Métrite cervicale. Ectropion végétant de la lèvre postérieure du col et allongement atrophique de l'isthme utérin. Rétrodéviation atonique. Dilatation répétée de l'utérus, curage, abrasion biconique du col, raccourcissement des deux ligaments ronds. Rétention d'urine, décollement de la plaie, affection cervicale rebelle, hystéropexie en 1889 par le professeur Pozzi.

Obs. LVIII (d°). — R..., trente ans, 17 mai 1887. Deux enfants. Leucorrhée, mictions fréquentes, névropathe. Douleurs lombo-abdominales. Ménorragies. Incapacité. Endométrite, lacération du col. Prolapsus et rétrodéviation mobile, curage. Suture du col. Colporraphie antérieure, raccourcissement du ligament rond gauche.

Amélioration. *Guérison partielle.*

Dans les premiers temps retour du prolapsus modéré à cause du raccourcissement unilatéral.

Revue en 1897, assez bien portante. Par période, la rétroversion se reproduit au fur du travail fatigant, toujours nerveuse, proche la ménopause.

Obs. LIX (d°). — V..., cinquante-quatre ans, 1er juin 1887. Multipare. Excès de fatigue après ses couches, perte de sang en 1880. Depuis lors, sensation croissante de pesanteur pelvienne, difficulté de la défécation, besoins fréquents d'uriner. En 1887, à la suite de fatigues exagérées, prolapsus complet de l'utérus rétrodévié. Tumeur vaginale postérieure énorme faisant saillie hors de la vulve pendant les efforts et renfermant, comme le montre le palper, le fond de l'utérus entièrement prolabé et les annexes. Ablation haute du col, large colporraphie posté-

rieure, colporraphie antérieure, raccourcissement du ligament rond droit sur une longueur de 11 centimètres.

Résultat incomplet. Il se produit au bout de deux mois un peu de cystocèle, devenue apparente, depuis que le corps utérina été attiré en avant.

Réopérée le 1er septembre 1887. Raccourcissement du ligament rond gauche. Résultat bon.

Obs. LX (d°). — O..., trente-deux ans, mars 1888. Dysménorrhée, paraplégie hystérique au troisième mois de la grossesse. Depuis l'accouchement douleurs abdominales. Endométrite, rétroversion, colpocèle antérieure. Salpingo-ovarite adhésive à gauche. Curage, colporraphie antérieure. Alexander double. Mort le neuvième jour. Immédiatement après l'opération, phénomènes cérébraux graves. Délire maniaque, insomnie, hyperthermie, intoxication par l'iodoforme ou alcoolisme. Aucun, accident infectieux au niveau de la plaie qui est ouverte et examinée. Aucune lésion abdomino-génitale à l'autopsie.

Obs. LX *bis* (*in* thèse Figuiera). — R. ., vingt-deux ans, décembre 1890. Multipare. Névropathe héréditaire. Douleurs lombo-sacrées, incapacité physique. Constipation opiniâtre, vomissements. Rétroversion, hystérie. Alexander double. Mort par occlusion intestinale le septième jour. A l'autopsie, étranglement herniaire du côlon transverse dans l'arrière-cavité des épiploons.

Obs. LXI (d°). — T..., quarante-trois ans, 12 mai 1891. Trois grossesses, rétroversion à la suite de la dernière. Douleurs des reins, fatigue générale. Endométrite hyper-

trophiée du col, rétroversion, gros col kystique. Corps volumineux, rétroversion réductible. Neurasthénie profonde. Curettage, Schrœder, Alexander unilatéral droit. Récidive six mois plus tard. Pessaire, amélioration constatée en 1895 et 1897.

Procédé de Doléris

La ligamentopexie telle que la pratique M. Doléris suivant sa dernière technique est une opération de haute valeur et qui donne des résultats excellents. Ce procédé est relativement récent et nous n'avons pu réunir un nombre d'observations suffisant. Pourtant nous citons quelques cas où l'intervention n'a pas eu ses succès habituels.

Il est à remarquer que M. Doléris recommande de toujours rechercher, pour les traiter avec soin, les lésions concomitantes. C'est ainsi qu'en cas de métrite il pratique systématiquement l'écouvillonnage ou même le curettage. Ces précautions ne sont peut-être pas étrangères aux bons résultats qu'il obtient. Quoi qu'il en soit, l'opération de Doléris reste le procédé de choix et nous lui donnerons la préférence sans la moindre hésitation, chaque fois que nous devrons recourir à l'intervention chirurgicale pour traiter la rétrodéviation.

Obs. LXII (résumée) *in* thèse Hivet. — Rétrodéviation utérine compliquée de prolapsus vaginal. Réfection

du périnée et inclusion pariétale des ligaments ronds, Mme P... entre à l'hôpital Saint-Louis (isolement lit n° 30) en décembre 1899.

Antécédents gynécologiques. — Réglée à quinze ans et demi. Règles régulières mais abondantes. Premier accouchement à vingt-trois ans, le deuxième à vingt-cinq ans, à ce moment déchirure du périnée. Jamais de fausse couche. Commence à souffrir du ventre il y a dix-huit mois, mais les douleurs ont augmenté depuis quatre ou cinq mois. Elles sont intermittentes, surviennent à l'occasion des règles ou d'une fatigue. Elles siègent surtout dans le bas-ventre, avec irradiations vers les lombes, le périnée, les cuisses. Dans l'intervalle des règles, quelques pertes blanches, constipation opiniâtre.

La malade est très nerveuse, présente quelques signes d'hystérie. Elle est incapable de tout travail depuis quatre mois.

Examen. — En faisant pousser la malade, issue hors de la vulve de la paroi vaginale antérieure et postérieure.

Au toucher. — Utérus volumineux en rétroversion, annexes saines.

Opération le 7 décembre 1899. Réfection du périnée, puis laparotomie, réduction de l'utérus non adhérent et inclusion des ligaments ronds dans l'angle inférieur de la plaie.

Suites opératoires : parfaites.

24 avril 1901. — La malade, qui habite la province, envoie de ses nouvelles après avoir consulté son médecin. L'utérus est maintenu en place, mais le prolapsus vaginal a tendance à se reproduire.

Actuellement est toujours nerveuse, souffre un peu du ventre de temps à autre, mais ses douleurs d'aujourd'hui ne sont nullement comparables à celle d'autrefois qui l'obligeaient à un repos presque continuel au lit et l'empêchaient de travailler. Sur les conseils de son médecin elle s'introduit dans le vagin un tampon d'ouate hydrophile qui la soulage beaucoup. Un pessaire vaudrait certainement mieux.

Obs. LXIII (*in* thèse Naulleau)(résumée).—T...,quarante et un ans, névropathe, ptosique. Rétroflexion utérine, non douloureuse, sans annexite. Opération le 1er mars 1899 par le Dr Vignard. Inclusion pariétale d'un seul ligament rond. Suites opératoire excellentes. La malade est revue le 17 novembre 1899 : elle est toujours très nerveuse et toujours dyspeptique, mais elle souffre beaucoup moins; l'utérus quoique mobile est toujours en bonne position.

Obs. LXIV (*in* thèse Ferry). — H..., femme J..., couturière, trente-deux ans, entre le 7 décembre 1901, dans le service de M. Schwartz, à Cochin.

Mal réglée, a eu cinq enfants. Depuis le premier accouchement a de la pesanteur dans le ventre, mictions fréquentes, ne peut marcher longtemps.

Rectocèle et cystocèle légères. Rétroversion.

31 décembre 1901. — Ligamentopexie par le procédé de Doléris par M. Riche, suites simples.

Sort le 22 janvier 1902.

Revient en juillet 1904. Elle prétend n'avoir retiré aucun bénéfice de l'opération, elle ressent toujours des douleurs vagues dans le ventre et de la pesanteur. Les

règles sont aussi irrégulières qu'avant. Depuis sept mois souffre, n'a pas vu, elle est enceinte.

Obs. LXV (d°). — Mme R..., dix-neuf ans, papetière, entre à Saint-Louis, février 1900.

Règles toujours irrégulières et douloureuses. Une fausse couche de deux mois en octobre 1899. Depuis juillet, souffre dans le bas-ventre, les reins, avec irradiations aux aines et au périnée. Crises d'hystérie. Dyspepsie.

Rétroversion douloureuse, semblant adhérente, annexes saines.

6 février. — Laparotomie, utérus non adhérent. Ignipuncture des ovaires. Ligamentopexie. Suites très bonnes.

30 octobre 1900. — Utérus parfaitement redressé.

Pertes blanches abondantes. Se plaint de souffrir un peu partout. Toujours dyspeptique et très nerveuse.

Obs. LXVI (d°). — Mme S..., vingt-huit ans, entre à l'hôpital Saint-Louis en décembre 1900.

Ni enfant, ni fausse couche. Depuis trois ans règles irrégulières, abondantes et douloureuses. Douleurs dans le bas-ventre, intermittentes d'abord, continuelles depuis un mois. Coït impossible.

Utérus, gros, scléreux, rétroversé, mobile. Annexes douloureuses.

17 décembre. — Laparotomie. Annexes adhérentes. Ovaire droite sclérokystique. Salpingite parenchymateuse. A droite, castration droite.

Ligamentopexie.

23 avril 1901. — Souffre autant qu'avant.

Obs. LXVII (d°). — Blanche P..., vingt-cinq ans, blanchisseuse, entre en juillet à Cochin.

Bien réglée. Un enfant il y a un an. Souffre depuis, surtout au moment des règles dans la station debout et pendant la défécation. Irradiations lombaires, nausées fréquentes. Rétroversion mobile et annexite gauche.

4 juillet. — Laparotomie. Gros ovaire sclérokystique gauche, ablation, ligamentopexie.

14 février 1906. — Utérus en bonne position, annexes normales. Aucune douleur dans le ventre. Seulement a des palpitations fréquentes, des étouffements. Souffre de tout le côté gauche du corps. Très nerveuse. Cœur tumultueux. Ces symptômes l'arrêtent dans son travail.

Obs. LXVIII (d°). — Élisa M..., femme V..., mécanicienne, entre à Cochin en novembre 1904.

Ni enfant, ni fausse couche. Santé antérieurement parfaite. Il y a un an a été prise sans cause de douleurs abdominales et les règles sont devenues douloureuses. Elle a suivi.

Les douleurs augmentent et irradient aux reins. Rétroversion mobile.

3 novembre. — Laparotomie. Ligamentopexie. Donne de ses nouvelles en février 1906. Elle souffre toujours comme avant, dit-elle.

Obs. LXIX (*in* thèse Figuiera). — B..., vingt-deux ans, 10 mars 1902. Père et mère bien portants. Très maigre, santé générale délicate. Mariée depuis trois ans, stérile. Réglée à douze ans facilement, mais abondamment, pendant dix jours en moyenne. Période de chloro-anémie

prolongée à seize ans Très nerveuse. Dix-huit jours après le mariage poussée de pelvi-péritonite très douloureuse, alternant de gauche à droite, sans fièvre. Les trois mois qui ont suivi ont été très pénibles, les trois mois après l'ont été moins. Dysménorrhée persistante, stérilité. Rétrodéviation, double salpingo-ovarite.

3 avril 1902. — Laparotomie. Rétroversion, flexion adhérente, annexes très fortement adhérentes des deux côtés. Adhérences à l'intestin et à l'épiploon. Pas de vestiges d'hématocèle. Libération des annexes. Ouverture des trompes au thermocautère. Raccourcissement des ligaments ronds par transfixion.

Après opération on place un pessaire qui est retiré en juillet. Écarts de régime. L'utérus tend à se rétroverser attiré par de nouvelles adhérences postérieures qui se sont reformées.

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

De l'étude de ces observations, il résulte que la rétroversion pure est un fait rare. Elle existe sans doute mais elle est presque toujours non douloureuse. Et certains auteurs la décrivent sous le nom de rétrodéviation indifférente, de rétrodéviation muette. Matthews Duncan dans son rapport à la Société de Gynécologie de Londres prétend que sur 100 femmes atteintes de rétrodéviation utérine on en compte 40 qui ne présentent aucun trouble fonctionnel. Par contre, au cours de nos observations nous avons pu voir qu'en dépit de résultats orthopédiques excellents, vérifiés à l'occasion d'une laparotomie consécutive, un certain nombre de malades présentaient encore tout ou partie de leurs troubles antérieurs. De la constatation de ces faits nous tirons cette notion que les succès orthopédiques et fonctionnels ne se superposent nullement et que, dans un grand nombre de cas, l'amélioration des troubles fonctionnels est indépendante de la situation de l'organe. En réalité, dans toute rétrodéviation donnant lieu à des manifestations morbides importantes, il existe toujours des lésions concomitantes : endométrite, paramétrite, métro-

annexite et l'on est presque fondé à dire que ces lésions commandent et conditionnent la symptomatologie des rétrodéviations. Cette notion est d'un haut intérêt thérapeutique. Sur ce point les Allemands sont très affirmatifs, et Auguste Mayer dans une récente leçon (août 1912) dit : « L'expérience nous apprend que la rétroversion simple ne donne habituellement lieu à aucune manifestation et ne nécessite en soi aucun traitement. Ce qu'il faut soigner, ce sont les complications parmi lesquelles il faut mettre à la première place l'endométrite, l'inflammation des ligaments sacro-utérins. »

L'école française est moins unanime et les maîtres sont divisés. Pourtant M. le professeur Hartmann dit : « On a décrit les rétrodéviations comme des maladies essentielles et on leur a attribué un grand nombre de troubles relevant de causes différentes et en particulier de l'état inflammatoire de l'utérus ou des annexes. » Et l'on sait toute l'attention que M. le professeur Pozzi accorde aux lésions concomitantes des rétrodéviations, l'importance étiologique qu'il leur attribue, les soins minutieux qu'il leur consacre dans le traitement. Il écrit ainsi : « Faut-il préalablement traiter la métrite concomitante ou tout d'abord corriger la déviation ?... Je crois qu'il y a tout intérêt à guérir d'abord l'inflammation de l'utérus... »

D'ailleurs traiter les lésions concomitantes n'est-ce pas en fait traiter la rétrodéviation elle-même ? Guérir ces lésions, n'est-ce pas, dans une certaine mesure,

guérir la rétrodéviation ? Cela est évident. Telle malade guérie de sa métrite oubliera que son utérus est en position vicieuse parce qu'elle ne souffrira plus. Bien plus, les cas sont nombreux où la position de l'organe pourra être corrigée et maintenue par les procédés non sanglants. De même tel utérus qui, du fait d'un processus inflammatoire tendait à se fixer en rétroposition, pourra, si on enraye ce processus, se laisser réduire et maintenir ensuite par un simple pessaire. D'ailleurs, si bien réglée que soit une intervention, elle comporte toujours une part d'aléa et les malades ne l'acceptent que si elle est une condition nécessaire absolument de la guérison.

Enfin, il est superflu de rappeler qu'avant la ménopause l'hystéropexie reste toujours une menace dans l'avenir. On sait la place qu'elle tient dans l'étiologie de l'avortement, et la dystocie qu'elle crée au moment de l'accouchement. Toutes ces raisons nous permettent de dire que dans toute rétrodéviation il y a intérêt à instituer d'abord un traitement non opératoire : traitement de la rétroversion ; traitement des lésions connexes. Et si les résultats obtenus sont insuffisants, s'il survient des indications spéciales, on pourra toujours recourir à l'intervention chirurgicale. Il n'est pas trop osé de dire que préparée par le traitement antérieur elle sera effectuée dans les meilleures conditions de réussite. Mais notre formule resterait : « Commencer toujours par un traitement non opératoire, il suffira souvent. »

TRAITEMENT MÉDICAL

De la rétrodéviation

Dans un premier chapitre nous nous occuperons spécialement du traitement de la déviation utérine ; dans le second, nous aurons en vue les lésions concomitantes, et nous exposerons les procédés thérapeutiques qui, suivant les cas, semblent devoir donner les meilleurs résultats.

Rétrodéviation

On peut, au point de vue clinique, distinguer les rétrodéviations libres et les rétrodéviations fixes. Au point de vue thérapeutique cette classification garde toute sa valeur, encore convient-il de distinguer parmi les premières les rétrodéviations libres mobiles et les rétrodéviations libres mobilisées.

Rétrodéviations libres mobiles. — Dans ces cas, l'élément dominant c'est l'extrême mobilité de l'organe. L'utérus se déplace avec la plus grande facilité, et s'il est vrai qu'il est le plus souvent en rétroposition il peut occuper indifféremment toutes les situations.

Il oscille presque à la manière du battant d'une cloche renversée.

Dans ces cas simples la réduction s'obtiendra souvent par la position genu-pectorale. On recommandera à la malade de prendre matin et soir cette attitude dite par Tarnier de la prière mahométane. Il convient que la fourchette soit un peu déprimée, de manière qu'au moment où la masse viscérale s'inclinera sur le diaphragme, réalisant une sorte d'aspiration vaginale, l'air puisse pénétrer facilement. Cette gymnastique détermine, en somme, une réduction spontanée aérienne.

Un tampon convenablement placé dans le cul-de-sac postérieur, et renouvelé à chaque manœuvre, réalisera la contention ; s'il est insuffisant, on pourra recourir au pessaire.

Un degré de plus et nous avons la rétrodéviation, libre encore et mobilisable, mais non plus mobile.

La rétroversion n'est pas fixée, on peut la corriger, mais elle tend à se reproduire et se reproduit presque toujours rapidement. La contention est plus difficile et bientôt la réduction devient elle aussi moins aisée.

On pourra, pour obtenir la correction de l'attitude vicieuse, recourir à la méthode dite de réduction bimanuelle et bien réglée par Schulze.

Réduction bimanuelle. — La réduction bimanuelle est une opération simple, mais il faut s'imposer de la pratiquer toujours avec la grande plus douceur. Il vaut

mieux échouer que de violenter un utérus adhérent.

La malade est placée dans le décubitus latéral ou position de Sims, ou même dans la position genu-pectorale. La vessie a été vidée.

L'opérateur se place sur le côté et il introduit deux ou trois doigts de la main gauche dans le cul-de-sac postérieur si c'est possible, ou dans le rectum.

Le col est repoussé en arrière.

Pendant ce temps, la main droite déprimant les parois abdominales s'enfonce doucement et progressivement au-dessus du pubis, elle va saisir le corps de l'utérus pour le ramener en avant en antéversion. Telle est la manœuvre dite de Schulze.

Pessaire

Lorsque l'utérus réduit tend à se rétroverser il est des auteurs qui conseillent l'emploi d'un pessaire pour maintenir l'organe en bonne position. Il en est d'autres, par contre, qui le proscrivent absolument. Après avoir été d'une indication générale et d'un emploi constant dans les rétrodéviations, le pessaire fut de plus en plus délaissé. Dans ces dernières années pourtant il a paru reprendre quelque faveur. M. le professeur Pozzi le conseille, et nous l'avons vu employer à la consultation de l'hôpital Cochin. Par contre, M. le professeur Lejars, qui le condamne absolument, enseigne que le pessaire est une cause d'irritation constante, qu'il maintient la béance du vagin et qu'il

est ainsi un facteur d'infection et de métrite. Nous n'aurons garde d'entrer dans ce débat qui divise nos maîtres. Nous pensons pourtant que devant ces faits la plus grande prudence s'impose. Et si, comme le dit M. Doléris, le pessaire peut rendre de signalés services dans des cas : 1° de rétrodéviation au début ; 2 de rétrodéviation *post-partum* ; nous croyons qu'il conviendra du moins d'être ménager de son emploi. Moyen transitoire, il pourra servir dans les rétrodéviations non accompagnées de lésions inflammatoires importantes. Dans tous les cas, les femmes qui le porteront seront l'objet d'une surveillance attentive et de soins minutieux d'antisepsie locale.

Il existe un grand nombre de pessaires, les plus employés sont ceux de Dumontpallier ou de Hodge. C'est à ce dernier que vont nos préférences.

Résistant et malléable à la fois, il prend facilement et garde les formes qu'on veut lui donner. L'important c'est que le pessaire soit en rapport des dimensions vaginales : trop grand il n'est pas toléré ; trop petit il est inutile. De toutes façons il faudra veiller à ce qu'il ne comprime pas l'urètre, une petite encoche pratiquée à sa partie antérieure nous gardera de cet inconvénient. Quand on devra l'employer temporairement et sous les réserves expresses, formulées par M. le professeur Lejars, voici comment il faudra opérer :

Mise en place du pessaire. — L'utérus étant réduit la malade est placée dans le décubitus latéral. Enduit

de vaseline le pessaire est poussé dans le vagin d'abord à plat et parallèlement aux parois latérales.

Dès qu'il a pénétré un peu profondément il peut être facilement tourné, on le relève suivant une demi-spire en haut et en arrière, de manière à ce qu'il vienne se loger dans le cul-de-sac postérieur. Le pessaire est bien placé.

Quelle sera son action? Oblique en bas et en avant, au moment de l'effort des contractions musculaires, sa partie antérieure repoussée par le plancher pelvien tendra à s'élever. Sa partie postérieure solidaire s'abaissera. Ce mouvement de bascule aura pour effet de tendre le cul-de-sac postérieur et d'attirer ainsi le col utérin en arrière,

D'ailleurs c'est à ces périodes et dans ces formes de rétrodéviations que les méthodes dites de kinésithérapie donneront leurs meilleurs résultats et que le massage manuel en particulier sera le plus indiqué. Il arrêtera le processus inflammatoire, empêchera que l'organe ne s'immobilise en position vicieuse, et enfin et surtout provoquant dans bien des cas une sorte de réflexe dynamogénique tendra à relever l'état général.

Bien plus, et dans ces cas que nous venons d'étudier, où la réduction peut toujours être obtenue, le massage méthodique restaurera en quelque sorte biologiquement les tissus et les ligaments, il leur rendra une valeur physiologique et contribuera ainsi dans une très large part à la contention de l'organe remis en

bonne place. Cette méthode permettra donc de ne pas se servir du pessaire, ainsi que le veut M. Lejars, ou du moins d'en limiter l'emploi.

Nous décrirons dans un instant la technique de cette méthode si importante.

Dans un deuxième ordre de faits on classe les rétrodéviations fixées.

Rétrodéviations fixées. — Le corps de l'utérus est dans le Douglas et sa position est permanente.

La rétroversion est ancienne, la lésion de métrite, ou de salpingo-métrite s'est plus ou moins propagée à l'atmosphère celluleuse péri-utérine. Les adhérences ont été l'aboutissant anatomo-pathologique de cette inflammation chronique. La position vicieuse de l'organe est fixe. L'utérus ne se déplace plus spontanément et il ne peut plus être réduit sans violence.

Le traitement de la rétrodéviation adhérente a aussi divisé les auteurs. Les Allemands se sont longtemps montrés partisans de la réduction, soit bimanuelle, soit sur la sonde après rupture des adhérences. Schulze introduisait un hystéromètre dans la cavité utérine et par des tractions énergiques rompait les adhérences postérieures. Ces méthodes de force, disons de violence, ont trouvé quelques partisans en France. La grande majorité des auteurs a condamné ce procédé et Trélat lui-même qui l'avait employé y renonça bientôt. A l'heure actuelle, les maîtres sont unanimes. Les manœuvres de force doivent être rejetées. La rupture brusque des adhé-

rences inflammatoires par les manœuvres externes, vaginales ou intra-utérines peuvent donner lieu à de véritables complications, D'ailleurs, nous savons bien que ces pseudo-brides sont l'expression anatomo-pathologique d'un processus inflammatoire, et qu'elles sont consécutives aux lésions de métrite, de salpingite, de paramétrite. Ces données étiologiques comportent une indicalion, celle de traiter les lésions causales. En même temps et dans certains cas par les mêmes agents thérapeutiques, tels le massage gynécologique manuel ou mécanique, on traitera les adhérences elles-mêmes. Par des manœuvres bien réglées bien conduites, sans violences inutiles, sans force dangereuse, on les assouplira, on les élongera, on leur rendra une certaine ductilité et dans bien des cas on parviendra ainsi à libérer l'utérus. D'ailleurs, n'obtiendrait-on pas ce résultat anatomique complet que le traitement kinétique n'en aurait pas moins rendu de très notables services. Par lui on aurait atteint le processus inflammatoire chronique, et en particulier la cellulite, cette cause si importante de douleur. Dans bien des cas on aurait ainsi transformé une rétrodéviation douloureuse, en rétrodéviation indolente, en rétrodéviation muette. Ces considérations montrent bien toute l'importance de la méthode kinésithérapique ; nous ne voulons aller plus avant sans l'avoir exposée dans ses principaux chapitres.

Elle comprend : le massage manuel, la sismothérapie, la gymnastique.

KINÉSITHÉRAPIE

I. — Massage manuel

Historique. — Le massage était connu dans la plus lointaine antiquité. Les civilisations d'Orient et d'Extrême-Orient le pratiquèrent. Il est venu jusqu'à nous à travers la suite des temps conservant dans la succession des âges le caractère de manœuvre empirique qu'il devait à ses origines.

Il faut arriver jusqu'au milieu du XIXe siècle pour le voir se dégager des pratiques mystérieuses des « guérisseurs » et s'élever à la hauteur d'une méthode thérapeutique.

C'est le Suédois Thure-Brandt, officier gymnaste de l'Institut de Stockholm et qui pratiquait la médecine comme nos anciens officiers de santé, qui le premier en posa les règles en 1847. Il en formula aussi les principales indications, et lui qui ignorait la gynécologie ne tarda pas à montrer tout le parti qu'on en pouvait tirer dans le traitement des maladies des femmes. La kinésie gynécologique était née. En 1861 Brandt guérissait son premier prolapsus utérin, et depuis ce moment les cures heureuses se succédèrent.

Les résultats et la méthode firent grand bruit, soulevèrent beaucoup de critiques, rencontrèrent beaucoup d'incrédules. L'auteur se heurta à des idées préconçues, à des jalousies. Un médecin suédois, Levin, témoin des résultats obtenus, mit son autorité et son éloquence au service de la méthode de son compatriote. Celui-ci continuait ses travaux et au traitement des prolapsus rectaux et génitaux avait succédé la cure des déviations utérines.

Traduit en français le livre de Brandt ne fut pas apprécié.

Il eut plus de succès en Allemagne. Otto Bunge et Prochownick, de Hambourg, s'intéressèrent à la méthode et obtinrent des résultats encore que leur habileté ne parût très grande.

Bientôt Schulze, de Iéna, appelait Brandt et lui confiait des malades de sa clinique. Ce fut un succès.

Dès lors, la méthode connut le triomphe. Revendiquée par l'Institut de Stockholm comme découverte nationale, elle revint en Suède. Brandt, honoré de la confiance et de l'estime des médecins de son pays, fut souvent visité par des praticiens étrangers.

Slaviansky et Sniguireff importèrent le massage de Brandt en Russie. Avec le temps la méthode s'était complétée et Brandt avait ajouté la gymnastique au massage. Elle pénétrait ainsi en Suisse et y trouvait de zélés partisans.

En France, Stapfer se fit le champion de la méthode. Accueillie avec défiance elle finit pourtant par y

acquérir droit de cité. M. le professeur Pinard lui décerne de précieuses louanges. M. le professeur Pozzi dans son *Traité de Gynécologie* la mentionne. M. le professeur Hartmann dans son livre de *Gynécologie opératoire* en donne une description. Enfin les professeurs Labadie-Lagrave et Legueu lui consacrent un important chapitre dans leur *Traité médico-chirurgical de gynécologie*.

Mode d'action

Ce qu'on remarque d'abord dans le *modus agendi* du massage, c'est d'une part son action locale physiologique, et d'autre part ses effets mécaniques.

Il est très réel que le massage réalise au point d'application et dans le voisinage immédiat une action modificatrice intense sur la peau, les glandes, les nerfs, les vaisseaux ; action qui se traduit par de la rubéfaction de la sécrétion locale, de la douleur ou de l'anesthésie, par des modifications thermiques. Il est de notion courante que le massage agit sur la circulation locale.

De même, il est bien évident qu'il exercera sur les tissus, sur les organes sous-jacents, une action locale purement mécanique d'expression, de malaxation, se traduisant par l'assouplissement du tissu cicatriciel, par exemple ; par la résorption, des exsudats, des épanchements.

Mais ce sont là les moindres effets du massage, et

la théorie mécanique en particulier doit être remise au deuxième plan. L'action du massage est beaucoup plus profonde et plus générale.

Non seulement elle est manifeste au point d'application, mais encore elle retentit sur tout l'organisme par voie réflexe.

Cette action réflexe explique seule les modifications rapides presque immédiates de l'habitus, du facies des malades.

On distingue deux sortes de réflexes : un réflexe local, démontré par l'ascension des viscères qui suit presque toujours la séance de massage et qui témoigne d'un allégement due à l'accélération de la circulation locale ;

Et, un réflexe général qui se traduit par la sédation rapide des phénomènes douloureux ; par une augmentation de l'activité et un relèvement de la nutrition générale : effet nullement superposable à l'amélioration locale obtenue et encore insignifiante dans bien des cas.

Cette action générale a été étudiée au point de vue physiologique et expérimental.

Stapfer en a fait une analyse précise et Huchard a bien décrit ses effets sur la tension vasculaire. A chaque excitation correspond une élévation de pression, qui passe rapidement par un maximum et décroît. L'effet terminal serait une chute légère de la tension. On peut dire, d'une façon générale, que le massage tend à ramener la tension vasculaire à la normale, puisque on a constaté qu'il abaisse les hypertendus et relève les hypotendus.

Technique

Avant toute technique il est une règle à laquelle on doit s'astreindre toujours, et n'oublier jamais : celle d'agir avec douceur et légèreté. La plupart des échecs sont imputables à l'oubli de ce précepte. Toute manœuvre de force serait de la brutalité.

Nous distinguerons avec Stapfer le massage indirect et le massage direct, suivant qu'il est pratiqué sur la paroi abdominale ou immédiatement sur l'utérus.

Massage indirect. — C'est par celui-ci qu'il convient de commencer le traitement, plus tard on le fera suivre du massage direct, mais chaque séance devra toujours commencer et se terminer par quelques manœuvres externes. Il faut surtout au début s'astreindre à opérer avec la plus grande douceur, et se souvenir de ne pas agir sur la face antérieure de l'utérus rétrofléchi.

La femme est placée dans le décubitus dorsal, les muscles abdominaux relâchés ou dans la position de Trendelenburg si c'est possible. La vessie est vidée.

Trois manœuvres sont utilisées : ce sont la friction circulaire, la vibration, le relèvement léger des viscères.

Frictions. — La main gauche étant dans la posi-

tion de Brandt, l'index est poussé, soit à droite, soit à gauche, soit derrière le col utérin.

Ce doigt se déplace peu, il n'appuie pas, il cède à la moindre contraction de défense.

La main droite exerce les frictions circulaires, ce sont la pulpe des phalangettes de l'index, du médius, de l'annulaire, qui agissent. Appliquées à plat, elles ne doivent pas glisser seulement, mais déprimer et se déplacer rapidement. La main active décrit des cercles imbriqués, qui partent de la fosse iliaque droite, vont passer au-dessus de l'ombilic et redescendent.

Vibration. — Aux frictions circulaires succèdent les manœuvres vibratoires. Ce sont des petites secousses légères et rapides qu'on imprime à la paroi et qui se transmettent aux organes profonds.

La paume est posée à plat sur l'abdomen et déprime légèrement les tissus. Le bras et l'avant-bras frémissent et transmettent et impriment à la main des trémulations rapides.

Comme pour les frictions on décrit sur l'abdomen des cercles concentriques. Cette partie de la séance sera, en général, la moins longue, en particulier chez les nerveuses, et les femmes ayant un utérus rétroversé sont en général des nerveuses.

On termine par quelques frictions circulaires.

Relèvement des viscères. — On pourra parfois remplacer la friction circulaire et la vibration par le relèvement des viscères.

Voici comment on opère : la main droite est placée : les extrémités digitales dirigées vers les aines de la malade, en dehors de la région utérine. La pulpe des doigts imprime alors à la paroi et aux plans profonds une série de vibrations qui ne tardent pas à provoquer la mobilisation et l'ascension des viscères.

Massage direct. — Dès la deuxième séance, si c'est possible, et en tous cas dès que l'état des lésions le permettra on pratiquera le massage direct en se souvenant qu'il faudra toujours commencer et finir par le massage indirect.

Le massage direct se pratique à nu et il comprend la friction circulaire, la vibration, l'effleurage, l'étirement, la pression, la malaxation.

1° *Friction circulaire.* — Le doigt vaginal cette fois saisit l'utérus et tend à présenter sa partie supérieure, ou si c'est possible sa partie postérieure à la main externe qui exerce les frictions circulaires.

2° *Vibration.* — Préconisée par Brandt, cette manœuvre rappelle celle qui a été décrite à propos du massage indirect. Elle en diffère par la part active que le doigt vaginal prend à l'opération. Placé successivement dans chaque cul-de-sac vaginal, particulièrement dans le cul-de-sac postérieur dès qu'il sera accessible, il combine son action à celle de la main externe.

3° *Effleurage.* — Pour pratiquer l'effleurage l'index

gauche pénètre dans le vagin si le cul-de-sac postérieur est accessible, dans le rectum si le Douglas ne peut être atteint par la voie vaginale. Dans l'une ou l'autre de ces positions, il atteint la face postérieure de l'utérus, les trompes, les ligaments sacrés immobilisés par des néoformations inflammatoires. Il passe et repasse avec une insistante douceur, et tandis que la main extérieure modifie les présentations, il déprime doucement les tissus et même les distend, ce qui est sans danger si l'on opère sans violence. Enfin, il faut se souvenir, au cours de cette manœuvre importante, de conduire l'effleurage de la périphérie vers le centre.

4° *Étirement.* — Cette manœuvre est sans contredit celle qui a soulevé le plus de critiques, disons de protestations ; elle a manqué jeter le discrédit sur la méthode.

En fait, c'est un des procédés les plus délicats du traitement. Pratiqué par des opérateurs inexpérimentés ou maladroits il pourra donner lieu à des accidents, voire à des désastres. Brandt recommande d'étirer lentement, en vibrant, avec souplesse et légèreté. Il s'applique surtout aux rétractions ligamentaires.

5° *Pression.* — C'est une des manœuvres les plus employées et une des plus utiles. On la pratique en introduisant quatre doigts entre la symphyse et

l'utérus tandis que la main externe déprimant les téguments exerce une pression méthodique et, pour ainsi dire graduée, sur le cul-de-sac antérieur. Cette manœuvre, souvent répétée, pourra dans de nombreux cas rendre une tonicité suffisante aux ligaments et leur restituer une partie de leur capacité fonctionnelle.

5° *Malaxation.* — Enfin la malaxation, manœuvre accessoire, pourra cependant rendre des services. Pétrissage avec étirement d'un pli cutané, elle sera surtout destinée à assouplir et à restaurer biologiquement la paroi abdominale.

La malaxation à laquelle on aura recours quand l'état des tissus l'indiquera sera placée à la fin du massage direct et immédiatement avant les quelques manœuvres de massage indirect qui terminent cette séance.

Cette séance tout entière durera suivant la période du traitement et la sensibilité du sujet de 30 secondes à 3 minutes. Il est évident qu'au début de la cure, chez des malades intolérantes, qui souffrent parfois et qui ne sont pas habituées à ces pratiques, on devra se contenter de quelques secondes de massage indirect.

Il est impossible de dire, parmi toutes les manœuvres que nous avons décrites à propos du massage direct, celle à laquelle il convient d'attacher la plus grande importance, celle qu'il faut pratiquer de préférence.

L'état local, le degré des lésions, la réaction propre

de la malade, les résultats obtenus et la période du traitement, conditionneront seuls ce choix.

Indications. — L'étude qui précède nous permet de résumer brièvement les indications du massage manuel.

Dans les rétrodéviations irréductibles, il sera précieux pour assouplir et élonger les adhérences, dans les cas mêmes où la mobilisation utérine ne pourrait être obtenue, il suffirait à diminuer et souvent même à supprimer les douleurs. Dans les rétrodéviations réductibles, il tonifiera l'appareil suspenseur et facilitera la contention de l'utérus en bonne position.

Il agira enfin utilement dans les cas de paramétrite et d'annexite non suppurée en diminuant la congestion, en régularisant la circulation pelvienne.

Contre-indication. — Tous les cas accompagnés de réaction péritonéale, toutes les annexites suppurées.

II. — Sismothérapie

Sous le nom de sismothérapie, entré maintenant dans le vocabulaire médical, on décrit un traitement qui consiste à provoquer, en un point déterminé de l'organisme et à l'aide d'instruments spéciaux, des vibrations régulières, rapides et de peu d'amplitude.

Historique. — Le premier appareil, destiné à pro-

duire des vibrations, fut construit par Zander, de Stockholm, en 1864, et modifié peu après par Nycander, de Goteborg : la sismothérapie date de cette époque. En Suède, en Allemagne, en Autriche, en Angleterre, en Amérique, elle obtient un certain succès. En France, elle est accueillie avec défiance. La première étude est de M. Vigouroux : elle date de 1878.

Cet auteur met en évidence l'action sédative des vibrations sur les manifestations douloureuses.

Bouvet, en 1891, publie d'intéressantes observations. Braün, de Trieste, applique cette thérapeutique à l'oto-rhino-laryngologie. Le professeur Charcot, en 1892, traite par les vibrations la maladie de Parkinson. En 1894, M. Oulmont soigne avec succès des femmes neurasthéniques et présente les résultats obtenus dans *la Thérapeutique des névroses*. En 1897, M. Stapfer entrevoit la possibilité d'appliquer la sismothérapie aux affections gynécologiques. Mais, c'est M. Bourcart, privat-docent à l'Université de Genève, qui réalise ce projet. Depuis, les travaux se sont multipliés, il faut citer ceux du professeur Wid, de Stockholm, de MM. Lagrange et Jayle, de Paris.

Instrumentation

On a construit un grand nombre d'appareils ; le plus employé est l'appareil à flexible de Gaiffe.

Voici la description qu'en donnent MM. Labadie-Lagrave et Legueu : « Il se compose d'un petit moteur électrique, fonctionnant avec le courant alternatif de 120 voltes, utilisant une force de 15 kilogrammètres avec une vitesse de 1.800 à 2.000 tours à la minute. Il est placé sur une petite table sur laquelle sont également disposés un coupe-circuit, un interrupteur et un rhéostat. Le tout permettant de régler la vitesse du moteur : la table est reliée au courant du secteur par un câble souple. Le mouvement de rotation est transmis à un concuteur par un flexible adapté directement sur l'arbre du moteur. Le concuteur est ainsi construit : sur une des faces d'une plaque en ébonite se trouvent des coussinets, dans lesquels l'extrémité d'une petite tige d'acier vient s'articuler à genouillère. L'autre bout de cette tige s'engage dans l'extrémité restée libre du flexible qui lui imprime son mouvement.

La tige du conducteur est légèrement coudée vers son milieu, de sorte que l extrémité qui supporte la plaque d'ébonite s'écarte de l'axe de rotation de tout le système et lui imprime un mouvement vibratoire très violent.

Technique. — La malade est placée en position gynécologique. Le massage vibratoire se pratique suivant deux méthodes. Dans l'une, le vibrateur est appliqué sur la paroi abdominale et c'est toute l'opération. Dans l'autre, l'opérateur introduit l'index de

la main gauche dans le vagin tandis que la main droite applique l'appareil. Le rôle du doigt vaginal, tout comme dans le massage manuel, est purement passif, il consiste uniquement à présenter les parties profondes à l'appareil placé sur le tégument.

La séance est assez courte, elle dure quelques minutes, la première ne durera pas plus de deux minutes ; il est important de voir, en effet, le mode réactionnel de la malade. On pourra faire enfin une application quotidienne.

Mode d'action. — Nous admettons que la sismothérapie, comme le massage manuel, possède à la fois une action locale et une action générale réflexe, qu'en particulier elle est capable de provoquer « le réflexe dynamogénique », décrit par M. Stapfer et dont nous avons parlé dans l'article précédent.

Indications. — Comme le massage manuel, la sismothérapie est indiquée dans les rétro-déviations utérines. Son action sur l'appareil ligamenteux et musculaire est remarquable. Elle augmente la tonicité de l'appareil suspenseur utérin.

La sismothérapie, elle aussi, est capable d'assouplir les brides, les adhérences péri-utérines. En tous cas elle diminue très notablement les douleurs, même souvent les supprime, et la malade, qui parfois était impotente, peut reprendre, malgré sa rétro-déviation, sa vie active et ses occupations habituelles. Enfin, la sismo-

thérapie rend encore d'immenses services dans les infiltrations plastiques du tissu pelvien.

Les affections propres de l'utérus peuvent être améliorées par la sismothérapie qui diminue la congestion pelvienne.

On obtient de bons résultats dans le traitement de la métrite chronique, dans les annexites non suppurées.

Contre-indications. — La sismothérapie est contre-indiquée pendant les périodes menstruelles.

Dans les poussées aiguës.

Dans les annexites avec collection suppurée.

Résultats. — Les phénomènes douloureux cèdent en général les premiers.

Les métrorragies diminuent. Les pertes blanches, qui souvent subissent une recrudescence au commencement du traitement, ne tardent pas à s'améliorer. La congestion pelvienne diminue. L'état général enfin se relève.

III. — Gymnastique

Le massage manuel ou instrumental constitue des opérations en quelques sortes passives. On complétera utilement leur action thérapeutique, au moyen de manœuvres actives, au moyen de la gymnastique.

La gymnastique gynécologique dite décongestive,

telle que l'enseigne Stapfer, se pratique de la façon suivante.

Technique. — La malade se place dans le décubitus dorsal, puis réunissant les pieds, fléchissant les jambes, elle soulèvera le bassin par la contraction des muscles dorsaux. Elle sera ainsi arc-boutée reposant sur la table d'exercice par la nuque (la tête étant relevée à l'aide d'un coussin), par le dos et les épaules d'une part; les pieds étant réunis, et réalisant le second point d'appui d'autre part.

Dans un premier temps, la malade tend à écarter les genoux et le médecin s'oppose à cette abduction. Au deuxième temps, manœuvre inverse. La malade cette fois fait effort pour rapprocher l'un de l'autre ses genoux et le médecin résiste à l'adduction. Stapfer insiste sur ce fait que les poumons pendant l'effort doivent être en expiration.

Cette manœuvre est renouvelée quatre ou cinq fois, et il est prudent de s'en abstenir pendant la période cataméniale.

Dans les cas de rétroversion utérine où l'état des ligaments est d'importance capitale, il ne faudra négliger aucune manœuvre susceptible de réveiller leur tonicité, capable de régénérer leurs fibres. Enfin il est un procédé qui s'impose à l'esprit et qui dans la pratique donne les meilleurs résultats. C'est la gymnastique locale, si l'on admet que la fonction développe l'organe, il sera indiqué d'exercer les releveurs, les sphincters, chez les malades ayant un périnée insuffisant.

Attitude de la malade. — Pour exécuter cet exercice la malade s'appuie contre un mur, croise les jambes, puis fait des efforts d'occlusion du sphincter, laissant après chaque effort ses muscles revenir au repos.

Quatre ou cinq manœuvres de ce genre, exécutées matin et soir, constitueront une excellente pratique.

Telle est, en résumé, la méthode kinétique. Mais si elle s'applique avec succès au traitement des rétrodéviations, elle garde encore une réelle efficacité dans le traitement des lésions concomitantes ; il nous suffira de la rappeler quand nous parlerons de la métrite et de ses complications.

Ainsi le massage manuel ou instrumental possède en gynécologie une grande valeur thérapeutique. Ce que M. le professeur Pinard a exprimé excellemment : « Le massage gynécologique bien exécuté, est une arme nouvelle qui a cet énorme avantage de n'être pas tranchante. »

Obs. LXX (*in* Revue Cisésie, de Bloch). — Mme J..., vingt-neuf ans, femme de ménage, réglée à treize ans très régulièrement, ne présente rien de particulier jusqu'à son mariage en 1890. Quatre mois après fausse couche. A la suite de cet accident douleurs violentes dans le côté droit du ventre et dans la région lombaire.

Les règles sont irrégulières, douloureuses, abondantes, nécessitent le repos au lit. Depuis trois ans plusieurs ménorragies.

État général déplorable, tout travail est impossible.

Examen. — La douleur du vagin du rectum de la paroi abdominale ne permettait qu'un diagnostic incomplet ; le col de l'utérus regarde le pubis.

Les culs-de-sac vaginaux sont douloureux, empâtés et à travers le cul-de sac postérieur on perçoit vaguement le fond de l'utérus.

Début du traitement: 2 juillet 1897.

Frictions circulaires et vibrations abdominales, effleurage des parois pelviennes par le rectum. Gymnastique.

1er août. — Les douleurs lombaires et celles du côté droit ont diminué.

7 août. — Règles douloureuses.

11 août. — Les règles sont arrêtées, la dysménorrhée a été moins forte. La malade n'a pas gardé le lit, elle a pu sortir.

Actuellement, état général bien meilleur.

Les douleurs abdominales sont moindres, la malade est plus aisée. Le massage est toujours douloureux au niveau du cul-de-sac latéral droit.

19 août. — Nouvelle crise douloureuse qui dure trois jours.

27 août. — Le toucher permet un diagnostic plus précis. A droite, masse œdémateuse, l'utérus est petit, en rétroversion et absolument immobile.

10 novembre. — L'utérus est toujours en rétroversion, mais il est plus mobile et peut être soulevé.

20 novembre. — Règles encore douloureuses, peu abondantes.

26 novembre. — L'utérus continue à se mobiliser. Ovaire toujours sensible.

15 décembre. — Règles, dysménorrhée moindre.

18 mars 1899. — Malade revue, très bien portante Utérus rétrodévié, très mobile, mais non redressable sans effort.

La tentative de réduction n'est pas faite, la malade ne souffrant plus.

1901. — Règles tous les vingt-huit jours, durant deux jours.

Utérus petit, rétroversé, mobile. Ovaire un peu sensible. Un massage fait disparaître cette sensibilité.

TRAITEMENT DE LA MÉTRITE
ET DE SES COMPLICATIONS

Nous avons dit combien les lésions de métrite, d'annexite, de périmétrite étaient fréquentes dans les rétrodéviations utérines. Nous avons vu leur rôle étiologique et leur influence capitale sur l'évolution des symptômes. Il est du plus haut intérêt de faire le diagnostic de ses lésions et d'instituer un traitement précoce. Là encore nous pensons que les moyens non opératoires pourront donner d'excellents résultats.

Injections vaginales

L'injection vaginale est une pratique très ancienne en gynécologie. Elle a pris une importance nouvelle depuis qu'on a su distinguer son action antiseptique et détersive, et aussi l'action décongestionnante due à la seule température.

Instrumentation. — L'instrumentation est des plus simples et ne nécessite aucune description.

La technique est aussi bien connue, la femme est

dans le décubitus dorsal, et c'est, on peut le dire, le détail le plus important. Dans cette position le liquide distend le vagin et vient baigner le col et les culs-de-sac. Pour réaliser mieux encore ce bain local on relèvera le siège à l'aide d'un coussin.

La quantité de liquide est de 2 litres environ, la température peut être portée jusqu'à 45 et même 50 degrés. Il faut dans ce cas protéger les parties cutanées ; on possède pour cela de nombreux dispositifs.

Le bock est élevé à une hauteur d'environ 2 mètres.

Les substances employées sont très nombreuses. L'eau bouillie chaude peut suffire ; suivant les indications, des substances médicamenteuses peuvent être ajoutées qui seront différentes suivant qu'on voudra préparer une injection antiseptique, astringente ou résolutive.

Injections antiseptiques. — Le type en est la solution de permanganate à 1 ou 2 o/oo. On emploie également dans les mêmes conditions l'acide borique antiseptique discuté et le sublimé à la dose de 0,20 o/oo.

Injection astringente. — Les substances employées sont le tannin, l'alun, le sulfate de Zn et de cuivre, la dose est de 5 grammes par litre.

Injection résolutive. — La solution la plus usitée est la solution chlorurée : 15 à 20 grammes de sel marin par litre. Il convient de remarquer que dans

ce cas l'action thérapeutique relève beaucoup plus de la température du liquide que des substances médicamenteuses en dissolution.

Indications. — Ce sont les infections (solutions antiseptiques), les hémorragies (injection chaude), les congestions du petit bassin, l'inflammation subaiguë ou chronique des trompes, des ovaires, du tissu cellulaire pelvien (injections chaudes encore ou astringentes).

Pansement vaginal

Le pansement vaginal consiste essentiellement à appliquer, au niveau du col et des culs-de-sac, des tampons imbibés de substances médicamenteuses. Si le pansement doit être placé dans un cul-de-sac la compresse est coupée, roulée, de manière à présenter le volume d'une noix ; une fois mise en place elle est maintenue par un tampon cylindrique ; puis la cavité vaginale est garnie. Chaque tampon est muni d'un fil, qui amené à la vulve, permettra à la malade de retirer le pansement.

Les tampons ne resteront pas en place plus de vingt-quatre heures.

Les substances médicamenteuses dont on peut imbiber ces tampons sont nombreuses. Glycérine, iodoforme, tannin, acide salicylique à 3 o/o. Plus récemment on a préconisé l'emploi de l'ichtyol, du thiol, de

nombreuses spécialités, tel le phylos employé à la consultation de Cochin.

L'ichtyol paraît avoir une action résolutive puissante. MM. Labadie-Lagrave et Legueu, ont vu des exsudats pelvi-péritonéaux étendus, englobant tout l'utérus, et ne laissant libre que le col, disparaître en quinze jours de traitement. Les mêmes auteurs ont noté de bons résultats dans la paramétrite chronique, la périmétrite subaiguë et chronique avec exsudats, formation de brides dans la métrite chronique. C'est donc, pour nous, un médicament de première importance. On conçoit les services qu'il pourra rendre dans les cas de rétrodéviation adhérente avec périmétrite concomitante.

Solution. — La solution est ainsi préparée : 10 gr. dans 100 centimètres cubes de glycérine.

Thiol. — Introduit par Gottschalk en gynécologie, le thiol possède le grand avantage d'être soluble, dans l'eau, l'éther, la glycérine et l'alcool, les sels les plus employés sont le sulfo-thiolate de Na et le sulfo-thiolate d'ammoniaque. La solution utilisée en gynécologie est à 10 ou 20 o/o. Le thiol donne d'excellents résultats dans les érosions du col, dans l'endométrite du col et du corps ; comme l'ichtyol est efficace dans les exsudats des paramétrites. L'infiltration du tissu cellulaire disparaît en général après trois ou quatre semaines d'application, il agit rapidement dans le gonflement et la douleur de l'utérus.

Le thiol a sur l'ichtyol l'avantage d'être inodore et plus anesthésique.

Topiques. — Enfin, on a proposé d'agir directement sur la muqueuse et de porter dans la cavité utérine des agents modificateurs locaux.

On réalise cette thérapeutique au moyen de pansements, de crayons intra-utérins, d'instillations ou d'injections intra-utérines.

Disons de tous ces procédés qu ils ont le gros inconvénient de nécessiter souvent la dilatation préalable.

En outre, les pansements intra-utérins ainsi que les crayons, sont des méthodes aveugles qui répartissent très inégalement leur action et qui donnent souvent lieu à des réactions inflammatoires.

Pendant les vacances, à l'hôpital Tenon, nous avons assisté à deux reprises différentes à des poussées d'annexite consécutives à des applications de crayons.

A ces procédés, nous préférons, l'instillation ou mieux encore l'injection.

L'instillation devra être pratiquée avec une extrême prudence. Après dilatation, la canule sonde montée sur la seringue de Braun, est introduite et poussée jusqu'au fond de l'utérus.

En retirant progressivement la seringue, on injecte six à huit gouttes de solution médicamenteuse. Ces solutions sont préparées à la résorcine, à l'acide lactique, à la teinture d'iode, à l'acide picrique.

Injection intra-utérine.— Elle se pratique après dilation complète, à l'aide de canules spéciales. La sonde à double courant est d'un emploi facile, mais la canule de Tarnier peut suffire.

La solution employée est placée dans un bock laveur en verre à une hauteur de 0,50 environ.

Tous les antiseptiques peuvent être utilisés, l'injection iodée est actuellement très en honneur. Voici sa formule :

Iode métallique	3 grammes
KI	6 grammes
Eau bouillie	1 litre

Le lavage utérin est une opération des plus simples. La femme est en position gynécologique, on procède à la toilette de la vulve, on donne une injection vaginale et on place le spéculum. Si le col est fermé, on procède à la dilatation. Puis, la canule étant introduite dans l'utérus, on fait passer lentement la solution chaude. Après avoir retiré la canule, on pourra faire un léger tamponnement vaginal.

II. — Kinésithérapie

Nous avons exposé précédemment le mode d'action et la technique du massage manuel et instrumental.

Nous rappellerons seulement que la sismothérapie, agissant sur la circulation abdomino-pelvienne, pourra

combattre utilement la dysménorrhée. Son action sera beaucoup plus nette sur les infiltrations plastiques du tissu pelvien contre la métrite elle-même, son efficacité est plus discutable, dans ce cas, elle n'agirait qu'indirectement sur l'utérus en diminuant la congestion pelvienne.

Enfin, elle conserve une indication générale dans toutes les manifestations douloureuses.

Le massage manuel peut rendre des services dans le traitement de certaines métrites dans la forme hémorragique par exemple. Dans ce cas, on pratique seulement le massage indirect, encore devra-t il être d'une extrême légèreté. Les frictions circulaires, les vibrations légères provoqueraient le relèvement de l'organe et auraient ainsi une action hémostatique.

Nous avons dit déjà le profit qu'on pouvait tirer du massage manuel dans le traitement de la cellulite pelvienne et des annexites chroniques. Il convient de ne pas oublier toutes les réserves qui ont été faites et l'extrême prudence dont il y a lieu de ne jamais se départir.

Il n'est pas douteux, d'ailleurs, que le traitement électrique ne donne dans la métrite des résultats infiniment supérieurs.

ÉLECTROTHÉRAPIE

Nous avons vu employer en gynécologie l'électricité sous forme de courant continu et sous forme de courants de haute fréquence.

I. — Courant continu

a) *Galvanisation avec électrode inattaquable*

Les premières applications du courant continu au traitement des affections gynécologiques remontent très loin.

Les origines de ce traitement sont fort obscures. Les effets du courant, fort différents suivant le mode d'emploi, étaient assez mal connus, les résultats furent contradictoires.

Historique. — La première application du courant continu en gynécologie serait antérieure à 1806.

En 1844, Radford, de Manchester, fait une leçon qui a un grand retentissement sur l'emploi du galvanisme dans les hémorragies utérines.

La même année, Jacoby, de Neustadt, en préconise l'emploi dans un cas de tumeur ovarique. Encore la

terminologie n'est-elle pas très précise, et il nous semble que ce que ces auteurs décrivent sous le nom de courant galvanique doit se rapporter plutôt à ce que nous appelons aujourd'hui le courant faradique.

Les Allemands s'attachent avec persévérance à la méthode et le nom de Middeldorpff, de Breslau, doit être cité.

Fano et Elleaume appliquent, en 1859, le courant galvanique au traitement des déviations utérines.

En 1869 avec les travaux de Becquerel, de Ciniselli, de Cutler, les différentes actions du courant sur les tissus se précisent.

A. Martin, le premier, en 1879, introduit dans le col utérin une sonde reliée au pôle positif et il obtient au point de vue du symptôme hémorragie des résultats très encourageants.

A la même époque, Chéron fait ses applications de courant galvanique en plaçant comme électrode sur le col utérin un tampon qu'il relie au pôle positif.

Deux méthodes sont ainsi créées : la méthode à électrode vaginale et celle à électrode utérine, c'est la seconde qui devait prévaloir.

Rotthe, d'Altenbourg, reprend la méthode de Martin, il fait le cathétérisme utérin et pousse une électrode en maillechort dans la cavité de l'organe et la relie cette fois au pôle négatif. L'hémorragie rebelle à tous les traitements antérieurs s'arrête au bout de trois minutes, et ne reparaît jamais.

Il est intéressant de rappeler cette observation, car c'est en réalité la première galvano-caustique intra-utérine qui ait été pratiquée.

En 1884, les travaux d'Apostoli montrent toute l'importance de l'électrothérapie en gynécologie. Avec eux se précisent et s'étendent les indications de cet agent thérapeutique.

Depuis, les recherches se sont multipliées et la notion d'action électrolytique se dégage de celle de l'action purement caustique du courant. Les auteurs emploient bientôt des électrodes attaquables, celle de Popyalkowski est en zinc, celle de Prochownick en cuivre. A cette époque paraissent des travaux importants, ceux de Gautier, de Boisseau du Rocher, de Bergonié et la thèse de M. Zimmern sur le traitement électrique des hémorragies utérines.

Mode d'action. — Le courant tel qu'il est employé possède des propriétés actives qu'on peut décomposer en :

1° Action polaire ;

2° Action intra-polaire ;

3° Action extra-polaire.

1° *Action polaire.* — L'action polaire est celle du courant au point même de son application au niveau des électrodes. Action particulière et différente pour chaque pôle ; mais action chimique dans les deux cas. Sous l'influence du courant l'oxygène et les acides des tissus se dégagent au pôle positif, tandis que les

bases et l'hydrogène apparaissent à l'électrode négative.

Ces produits de décomposition, bases et acides réagiront ensuite localement suivant leurs caractères chimiques, sur les tissus voisins : d'où l'action particulière de chaque électrode, l'anode donnant lieu à une eschare dure et sèche suivie d'une cicatrice dure ; la cathode, au contraire, produisant une eschare humide et molle suivie d'une cicatrice souple.

2° *Action interpolaire.*— L'action interpolaire, c'est celle qui s'exerce entre l'anode et la cathode au travers des tissus. Un organe ne reste pas indifférent au courant qui le traverse, mais chacun de ses éléments constitutifs réagit suivant sa différenciation. Nous verrons que cette action interpolaire du courant galvanique joue un rôle capital dans l'électro-thérapeutique gynécologique.

3° *Action extra-polaire.* — L'action extra-polaire relève des courants dérivés. L'application de tout courant constant donne lieu à des courants diffusés qui vont impressionner les tissus et les organes voisins. Ces courants ont en gynécologie une grosse importance, c'est par eux qu'on atteint les complications de la métrite, annexites et para-métrites.

Ainsi, les effets dynamiques du courant continu sont multiples et différents.

Le milieu acide créé au pôle positif favorise la coagulation des composés albumineux du sang et leur rétraction : de là jusqu'à un certain point l'action hémostatique.

Entre les pôles, les effets sont à la fois chimiques et mécaniques.

Dans ce cas particulier de galvanocaustique à électrode inattaquable, les effets chimiques sont réduits au minimum, la diffusion dans les tissus des acides et des bases engendrée aux pôles n'étant pas très considérable.

Plus importants sont les effets mécaniques. En effet, la tunique musculeuse de l'utérus réagit au courant ; le réveil de la contractilité et le relèvement de la nutrition sont les premiers effets de la galvanisation.

D'autre part, l'anatomie nous apprend les rapports intimes qui existent dans l'utérus entre la tunique musculeuse et l'appareil vasculaire. Cette notion met bien en évidence le rôle d'excitant physiologique et de régulateur que la tunique musculeuse exerce sur la circulation. Keiffer écrit : « Les grosses artères cheminent un certain temps dans du tissu conjonctif relativement lâche. Bientôt ce tissu conjonctif disparaît, et les artères contractent avec les fibres musculaires lisses de l'utérus une union si intime, qu'elles font corps avec elles. C'est en sorte l'utérus lui-même qui donne aux canaux artériels une tunique propre. »

Le rapport nettement établi entre la fibre muscu-

laire et l'appareil circulatoire, le rôle efficient de l'une sur l'autre montre bien l'intérêt qu'il y a à relever la vitalité de celle-ci. Et cela d'autant plus que dans tout utérus malade la fibre musculaire tend à dégénérer. Ce qu'exprime excellemment la loi de Stokes. « Les fibres musculaires sous-jacentes à une muqueuse enflammée se paralysent et tendent à dégénérer. Nous ne prétendons pas ainsi résumer la pathogénie des métrites ; mais ces notions de pathologie générale éclairent singulièrement le rôle thérapeutique de la galvanocaustique.

Enfin, le courant galvanique ne limite pas là son action ; les courants dérivés, nés du courant principal, vont agir sur les organes voisins pour en modifier la vascularisation.

Indications thérapeutiques. — D'une manière générale on peut dire que la galvanocaustique à électrode inattaquable a son indication princeps dans les métrites à forme hémorragique.

Dans ces cas l'électrode active est intra-utérine et elle est reliée au pôle positif.

Si l'hémorragie est peu importante, si l'endométrite est légère, si on est en présence d'un gros utérus mou, basculé dans le Douglas, dont on veuille surtout réveiller la tonicité ; si enfin le cathétérisme est difficile, on pourra s'en tenir à la galvanisation vaginale. Les effets chimiques polaires seront nuls et seules les actions mécaniques et les effets d'électrolyse interpolaire seront mis en œuvre.

Dans ce cas encore l'électrode sera reliée au pôle positif.

Au contraire, en présence d'une métrite ancienne, parenchymateuse, évoluant généralement sur un utérus peu vasculaire et sclérosé, l'électrode négative intra-utérine devra être préférée,

Comme contre-indications nous ne signalerons que les poussées inflammatoires aiguës avec réactions péritonéales.

Instrumentation. — L'instrumentation est simple, elle comprend essentiellement :

Un générateur, qui pourra suivant les cas être le courant du secteur, pris directement ou après transformation, soit encore une batterie d'accumulateurs ou de piles ;

Un rhéostat, permettant de régler l'intensité du courant ;

Un galvanomètre, indiquant exactement le nombre de milliampères.

Électrodes. — L'électrode active intra-utérine dans ce cas particulier de galvanocaustique pure sera un hystéromètre d'un métal inattaquable comme le platine, ou bien encore une mince tige de charbon.

L'électrode vaginale sera essentiellement constituée par une petite tige de charbon entourée de tampon de coton hydrophile mouillé.

L'électrode indifférente, appliquée sur l'abdomen, sera une mince feuille d'étain recouverte de plu-

sieurs épaisseurs de coton, le tout enveloppé dans une feuille de gaze très fine.

La surface de cette électrode doit être proportionnée à l'intensité du courant. Une plaque de 300 centimètres carrés suffit pour des intensités de 50 milliampères.

Technique

Opérateur. — S'il s'agit d'un cathétérisme utérin, les mains de l'opérateur seront soigneusement aseptisées.

Instruments. — Il en sera de même des instruments qui pourraient être utilisés pour saisir et maintenir le col et des électrodes intra-utérines.

Malade. — La malade est placée en position gynécologique. Les parties génitales externes ont été savonnées et on a donné une injection vaginale.

Opération

I. — *Galvanocaustique intra-utérine.* — L'électrode active est introduite dans la cavité utérine comme un hystéromètre ordinaire, en ayant bien soin, toutefois, de préserver les parois vaginales par un manchon isolant de caoutchouc. L'électrode utérine ne devra pas toucher le fond de l'organe, et pendant la durée de l'opération, il faudra bien se garder

de la mobiliser. On relie cette électrode au pôle positif et on place sur l'abdomen l'électrode indifférente, on la relie au pôle négatif et on laisse passer le courant.

L'intensité de ce courant, dans le cas particulier, ne doit pas être très considérable, elle peut être comprise entre 15 et 20 milliampères, on ne dépassera pas 40 milliampères. Il est des cas pourtant où on aura intérêt à pousser jusqu'à 70, et même 80 milliampères.

Durée. — La séance dure de cinq à dix minutes. On pourrait avoir, du fait de l'action chimique et en particulier de l'action coagulante, de la peine à retirer l'électrode intra-utérine. Il suffira pour la libérer de renverser le courant, le pôle actif devient un instant négatif et les adhérences qui se sont produites ne tardent pas à être détruites.

On ne fera pas plus de 3 séances par semaine, et après chacune d'elles on donnera une injection vaginale chaude.

Galvanisation vaginale. — L'opération est des plus simples, l'électrode vaginale qui a été décrite précédemment est placée au contact du col, au niveau du cul-de-sac postérieur dans certains cas, et reliée au pôle positif. L'opération se déroule comme celle qui vient d'être décrite.

b) *Galvanisation avec électrodes attaquables. Électrolyse*

Nous avons parlé précédemment de l'action chimique locale du courant galvanique et de son action interpolaire.

Ces propriétés du courant donneront lieu à des phénomènes particuliers si au lieu d'une électrode inattaquable nous employons un métal soluble.

Les acides engendrés au pôle positif, par exemple, attaquent le métal servant d'électrode et contracte avec lui des combinaisons moléculaires. Il se forme ainsi un nouveau composé chimique qui paraît être l'oxychlorure du métal. Ce corps, constamment à l'état naissant tant que durera le passage du courant, aura, on le conçoit, une action antiseptique locale particulièrement intense.

De plus, il ne limitera pas son action à la zone polaire où il aura été engendré, mais il pénétrera dans l'intimité des tissus, il y sera entraîné par migration ionique et ira exercer son action antiseptique au sein même de l'organe. Cette action est bien mise en évidence par la théorie dite des ions dont nous voulons dire quelques mots.

THÉORIE DES IONS

Pour bien comprendre la signification des ions, ainsi que leur mode d'action thérapeutique, il est nécessaire de rappeler que tout sel en solution aqueuse se trouve dissocié toujours en deux groupes distincts, et que sous l'action d'un courant de pile l'un de ces groupes se rend toujours au pôle positif, l'autre se rendant au pôle négatif.

Nous savons déjà que le radical engendré au pôle négatif est toujours basique, tandis que celui qui se dégage au pôle positif a toujours une fonction acide. Les sels peuvent donc être considérés comme essentiellement constitués de deux molécules chargées chacune d'électricité différente, et se rendant par conséquent chacune à des pôles de noms contraires. D'où possibilité d'engendrer au niveau d'une électrode des substances de charge électrique et de réaction chimique définies, et de les faire, grâce à l'attraction polaire, pénétrer dans l'intimité même des tissus.

Les tissus ne restent pas indifférents à cette action électro-chimique, ils présentent aussi des phéno-

mènes de décomposition électrolitique, permettant à leurs éléments constitutifs libérés de prendre part à une série de réactions secondaires.

Choisissons un exemple : « L'électrode active, intra-utérine est en zinc ; elle est reliée au pôle positif ; l'électrode indifférente est placée sur l'abdomen, le courant est lancé dans le circuit ainsi formé.

Zinc (+), tissu, électrode abdominale (—).

» Les ions à charge positive, comme, par exemple, H et Na contenus dans les humeurs, libérés de leurs combinaisons au niveau du zinc, se dirigeront vers le pôle négatif. »

Inversement, les Ions à charge négative comme Cl, comme H mis en liberté au voisinage de la cathode, subiront l'attraction polaire et se rendront au zinc, c'est ce que Bergonié appelle : « l'action primaire du courant. »

Or le Cl, au contact du zinc, donne lieu avec le métal à la combinaison suivante :

$$2\ Cl + zn = zn\ Cl^2$$

C'est l'action secondaire du courant. Mais ce chlorure de zinc ne constituera pas une combinaison stable, dans un troisième temps, il sera décomposé en ses éléments, et tandis que Cl^2 acide subira l'attraction du pôle positif, zn de charge électro-positive tendra vers l'électrode négative et pénétrera dans l'intensité des tissus ; exerçant sur les éléments qu'il rencon-

trera son action bactéricide puissante et réalisant ce que l'on a appelé des foyers interstitiels d'antiseptie.

L'électrolyse interstitielle a été faite par Apostoli, puis par Gautier, au moyen du cuivre ; par Pouyalkowski, avec une électrode de zinc ; par Boisseau du Rocher, avec une électrode d'argent. Le choix du métal, en effet, n'est pas sans importance, et M. Zimmern donne la préférence à l'électrode d'argent.

En résumé, ce procédé réalise au niveau de l'utérus :

1° Une action caustique polaire ;

2° Une action interpolaire, surtout chimique et antiseptique, par électrolyse et cataphorèse ;

3° Enfin, une action extra-polaire qui n'est pas négligeable.

La technique et le manuel opératoire, sont ceux de la galvanocaustique. Nous les avons précédemment décrits.

Cependant, il est un temps de l'opération dont nous n'avons pas parlé, qui a son importance et que nous voulons signaler. C'est l'ionisation vaginale avant l'introduction de l'électrode intra-utérine.

On disposera pour cette opération particulière :

1° D'une canule d'Aran, munie d'un obturateur vaginal ;

2° D'un robinet spécial à fil de platine et pouvant, par le moyen d'une vis, être intercalé dans un circuit ;

3° Un bock injecteur d'une capacité de 2 litres

rempli, suivant l'électrode choisie, d'une solution titrée d'argent ou de zinc.

Par exemple, suivant la formule :

SO^4 zn.....	10 grammes
Eau distillée.....	2.000 centimètres cubes

La malade étant préparée et placée comme il a été indiqué, on dispose l'électrode indifférente sur la région dorso-lombaire, par exemple, et on la relie au pôle négatif. On introduit le spéculum, puis la canule munie de son robinet métallique qui a été relié au pôle positif. Le bock contenant la solution médicamenteuse en continuité avec la canule, par le moyen d'un tube de caoutchouc, est porté à une hauteur de 1 mètre environ.

Le courant ne passe pas.

On donne tout d'abord une injection vaginale simple de 200 centimètres cubes environ, et, seulement alors, on lance le courant avec une intensité de 10', 20, 30 milliampères suivant la totérance des sujets.

Ce bain vaginal est prolongé jusqu'à ce que la solution électrolysée soit réduite dans le bock à 100 centimètres cubes.

On ramène avec la précaution habituelle l'intensité à 0 et on interrompt le courant. On retire la canule, on peut alors procéder à l'électrolyse intra-utérine.

Indications thérapeutiques. — Les propriétés de

cette galvano-ionisation, que nous avons longuement exposées, nous permettent d'en déduire les applications :

Par son action antiseptique et bactéricide puissante elle rendra les plus grands services dans les métrites où domine l'élément microbien ;

Dans les formes avec écoulement leucorrhéique.

Expliquée par des considérations théoriques, cette action a été vérifiée dans la pratique.

Contre-indications. — Ici encore nous ne retenons comme contre-indications formelles que les poussées fébriles, et la présence d'une annexite suppurée.

COURANTS DE HAUTE FRÉQUENCE

Pour récentes qu'elles soient, les applications thérapeutiques des courants de haute fréquence, en gynécologie, n'en remontent pas moins à quelques années déjà.

Dès 1897 Oudin et Barthélémy, publient des observations montrant l'efficacité des courants de haute fréquence dans le catarrhe gonococcique.

Puis le silence se fait sur cette méthode qui, semble-t-il, n'a pas eu toute la fortune qu'elle méritait.

Pourtant en mars 1910, Oudin publie à nouveau d'excellents résultats.

Sa technique alors consistait à faire de l'étincelage du col sans pénétrer dans la cavité utérieure.

Noiré, en janvier 1912, préconise une technique différente. Il introduit dans la cavité utérine une électrode condensatrice, constituée essentiellement par un conducteur métallique entouré d'une gaine de cristal formant diélectrique; il traite ainsi les métrites chroniques. Pourtant, en cas d'ulcération du col, il pratique l'étincelage avec la nouvelle électrode en chapelet que nous décrirons dans un instant. Enfin,

M. Cottenot modifie la technique, et règle les applications. Ce nouveau traitement des métrites n'a pas encore été l'objet d'une publication. Nous devons à l'extrême bienveillance de son auteur de pouvoir l'exposer ici dans ses grandes lignes.

Les métrites chroniques, on le sait, sont surtout caractérisées par des modifications anatomo-pathologiques de la muqueuse. Ce sont ces altérations profondes qu'il convient d'atteindre tout d'abord. Or, il est bien évident que les électrodes condensatrices ne produisent sur ces lésions que des effets insuffisants : leur action topique n'est pas considérable. C'est pour répondre à cette nécessité que M. Cottenot a fait construire son électrode dont voici la description :

Électrode en chapelet. — C'est un fil métallique, souple, entouré d'un chapelet de perles de verre; l'extrémité du fil est absolument recouverte par la dernière perle. L'électrode est montée sur un manche d'ébonité. Cette électrode est pafaitement stérilisable et peut, selon les besoins, prendre toutes les courbures utiles. Quand elle est reliée au circuit elle donne sur toute la longueur du fil une pluie d'étincelles, d'une longueur égale au rayon des perles. Introduite dans la cavité utérine elle permettra d'y produire un étincelage intense.

Le traitement, réglé par M. Cottenot, comprend deux temps :

Premier temps. — Dans une première séance, on

pratique un étincelage abondant de la cavité utérine avec l'électrode en chapelet. Cette opération a pour but d'escharifier profondément la muqueuse afin de provoquer l'élimination des tissus altérés. En effet, l'eschare, ainsi obtenue, est expulsée dans les jours qui suivent l'opération. On a réalisé ainsi un véritable curettage électrique. Mais il s'agit là d'une véritable opération gynécologique ; on devra la pratiquer dans les conditions d'asepsie habituelles.

La femme est placée dans la position gynécologique. La toilette vulvaire étant faite, on a donné une injection vaginale.

Puis l'électrode stérilisée est introduite dans la cavité utérine. Ce cathétérisme est pratiqué dans les conditions ordinaires, c'est-à-dire qu'on saisira d'abord le museau de tanche entre les valves du spéculum, de façon à bien voir l'orifice externe et à ne pas mettre l'électrode en contact avec les parois vaginales dont l'asepsie reste plus que douteux.

En général, il est facile de pénétrer dans ces gros utérus métritiques qui font l'objet du traitement. Parfois, cependant, le cathétérisme pourra être difficile ; il suffira, en général, de saisir le col entre les mors d'une pince de Museux, et d'attirer légèrement le col en avant pour pouvoir franchir l'orifice interne.

Il est des cas, cependant, qui nécessiteront la dilatation préalable.

L'électrode, ainsi introduite, est reliée au résonateur de Oudin convenablement accordé.

L'intensité employée est celle d'un courant pouvant donner une longueur d'étincelle de 1 centimètre à 1 cm. 1/2. L'opération est absolument indolore : elle dure de quatre à cinq minutes.

Deuxième temps. — Après quelques jours de repos, on peut entreprendre la seconde partie du traitement. On ne se propose plus d'agir seulement sur la muqueuse, mais sur l'utérus tout entier, sur les annexes, sur l'atmosphère celluleuse, péri-utérine elle-même.

L'opération dans ses détails reste semblable à la précédente ; mais l'électrode employée est cette fois l'électrode condensatrice à vide. Les étincelles ainsi obtenues ont une diffusion très grande et leur action s'étend à tout le petit bassin.

Mode d'action. — Des expériences de Oudin montrent bien le mode d'action de ces étincelles. Cet auteur a observé qu'à la suite d'une application de haute fréquence, le système artériel présentait des alternatives de vaso-construction et de vaso-dilatation ;et il a noté que ce phénomène pouvait durer plusieurs heures, jusqu'à vingt-quatre heures, dit-il. On conçoit l'action puissante que ces modifications vasculaires exerceront sur la nutrition des tissus et sur la vitalité des organes.

C'est vraisemblablement par ce mécanisme que s'explique l'action des courants de haute fréquence sur les empâtements annexiels, sur la cellulite pel-

vienne, sur les fibres musculaires utérines en voie de dégénérescence.

Indications et contre-indications. — Le courant de haute fréquence s'emploie surtout dans les cas de métrites chroniques, et il donne d'excellents résultats dans les cas de rétroversion avec métrite et adhérences pelviennes. Toutefois, ce traitement est contre-indiqué dans les poussées aiguës fébriles, dans les annexites suppurées avec collections enkystées.

Résultats. — A. — *Fonctionnels.* — Dès le début du traitement, parfois même après la première ou la seconde séance, on voit les symptômes s'amender. Le plus souvent ce sont les phénomènes douloureux qui cèdent les premiers, puis les hémorragies s'arrêtent.

Enfin, l'état général de la malade se relève rapidement.

B. — *Anatomiques.* — Le toucher nous permet de constater les résultats anatomiques.

Les culs-de-sac se sont assouplis et l'utérus qui était fixé, tend à recouvrer sa mobilité.

MÉTHODE DE BIER

La méthode de Bier a été appliquée en gynécologie au traitement des métrites. On sait que cette méthode consiste essentiellement à provoquer en un point déterminé une hyperhémie considérable par stase veineuse.

Quel est le résultat de cette congestion passive ? On a fait à ce propos de nombreuses hypothèses. Théorie chimique qui fait jouer un rôle important à l'accumulation du CO^2 dans le sang veineux. Théorie de l'excitation phagocytaire rattachant à la congestion un appel leucocytaire important. Il en est bien d'autres encore.

La technique est des plus simples et l'instrumentation consiste seulement en une ventouse de forme un peu spéciale. C'est un cylindre de verre pouvant s'appliquer sur le col par une extrémité, l'autre extrémité en rapport avec un tuyau d'aspiration porte un obturateur qui permet le nettoyage de l'appareil.

La malade étant placée en position gynécologique, on donne une injection qui aura surtout pour but d'entraîner les sécrétions du col, puis la ventouse

est appliquée et le vide est fait au moyen d'une pompe aspirante.

La ventouse de Bier est employée dans les métrites chroniques avec leucorrhée, et nous pensons que les hémorragies constituent une contre-indication absolue.

Nous n'avons pas eu l'occasion de voir un grand nombre de malades traitées par la méthode de Bier. Dans tous les cas que nous avons pu observer les résultats n'ont pas été très favorables. Nous n'aurions garde de juger défavorablement une méthode que nous ne connaissons pas suffisamment ; nous sommes obligés de dire pourtant, que toutes nos malades, qui ont d'abord été soignées par la ventouse, ont dû dans la suite, être soumises à un autre traitement.

Il n'en va pas ainsi de l'air chaud.

AIR CHAUD

Historique. — L'importance thérapeutique de la chaleur est une notion qui remonte à la plus haute antiquité.

Hippocrate lui accorde une place importante dans ses aphorismes.

Ambroise Paré prescrit l'emploi de l'air chaud dans le traitement des plaies : « Faisons un air chaud par la réverbération de quelques fers chauffés auparavant devant le feu », dit-il. A la fin du XVIIIe siècle se placent les recherches intéressantes de Faure sur les effets de la chaleur.

En 1840, Guyot imagine le procédé de l'incubation, sorte de bain d'air chaud où la température ne s'élève pas au-dessus de 36 degrés ; il obtient déjà de beaux résultats dans certaines manifestations douloureuses.

Enfin, le professeur Richet publie, en 1847, sa thèse d'agrégation *De l'Emploi du froid et de la chaleur dans le traitement des affections chirurgicales* et il consacre un long chapitre à l'action thermique.

« La chaleur est un des plus puissants moyens dont dispose la thérapeutique chirurgicale... Son mode d'action est presque toujours la stimalation. » Lasègue, dans ses leçons de clinique, préconise l'emploi de la chaleur. et le professeur Verneuil applique avec succès l'air chaud dans le traitement des bacilloses locales.

Avec Bier, Hollœnder, de Berlin, la méthode voit s'étendre ses applications.

Hanalamb, de Bucharest, l'emploie dans les ulcérations génitales externes non spécifiques.

En 1898, des tentatives couronnées de succès sont faites dans le service du professeur Landouzy où l'on guérit par l'air sec surchauffé, des cas variés de gouttes, d'arthrites, d'ulcères (th. de Simonot).

L'air chaud, désormais, reconnaît des applications multiples : rhinologie avec le traitement de l'ozène, dermatologie avec le traitement des eczémas, du psoriasis (cas de Krause, de Berlin). Enfin, traitement du lupus, de certaines formes de bacillose cutanées, à évolution torpide, des ulcères variqueux, des gangrènes diabétiques.

En gynécologie, l'action de l'air chaud a été bien étudiée par le Dr Jayle, par les Drs Vrignat et Müller, par le Dr Coryllos. Ce traitement des affections gynécologiques est aujourd'hui appliqué dans le service de M. le professeur Pozzi, dans celui de M. le professeur agrégé J.-L. Faure.

Mode d'action. — Richet avait dégagé et bien mis

en évidence le mode d'action de la thermothérapie.

« La chaleur est excitante et tonique, car elle relève la vitalité des tissus et hâte la cicatrisation.

» Elle est résolutive puisqu'elle dissipe les engorgements chroniques, elle est antiphlogistique et sédative. »

Objectivement, on constate au lieu d'application une vaso-dilatation intense et des phénomènes de diaphorèse consécutifs.

Hyperhémiante, la douche d'air chaud est aussi analgésiante, et la sédation douloureuse est quelquefois instantanée. Son influence s'étend aussi aux germes pathogènes, et l'air chaud possède un pouvoir microbicide considérable.

Mode d'application. — En gynécologie, l'air chaud peut être employé sous forme de bain ou sous forme de douche. C'est sous ce second mode que nous l'avons vu appliquer dans le service de M. le professeur agrégé J.-L. Faure.

Dans le service de Cochin, la douche est donnée soit sur la paroi abdominale, soit sur le col utérin.

Instrumentation. — L'appareil construit par Gaiffe est essentiellement constitué d'une pompe actionnée par le courant électrique et qui aspire et comprime l'air. Cet air est ainsi conduit au niveau de la surface chauffante par un tuyau flexible.

Le foyer de chaleur est contenu à l'intérieur de la manche métallique même qui sert à faire l'application.

Il consiste en une plaquette de substance incombustible, de porcelaine par exemple, sur laquelle est enroulé un fil métallique fin, inclus dans un circuit électrique. Lance-t-on le courant, cet enroulement métallique, qui possède une résistance déterminée, se comporte comme un rhéostat ; il s'échauffe en raison de sa résistance. Nous avons dit que ce foyer était placé à l'intérieur de la manche aérothermique. L'air circule dans l'espace annulaire compris entre la résistance électrique qui est au centre et la paroi ; et il s'échauffe au contact du fil.

Cette partie de l'appareil est montée sur un manche d'ébène qui permet à l'opérateur de le diriger sans risque de se brûler. Pour plus de sécurité, on adopte le dispositif suivant. La sonde thermique est pourvue d'une double paroi, et dans l'espace péri-annulaire on a fait le vide. Or, on sait que dans le vide, la chaleur ne se propage pas.

Le réglage porte à la fois sur la vitesse du courant d'air et sur l'intensité du courant électrique. On agit sur le premier en modifiant le débit de la pompe. On diminue ou on augmente l'intensité du courant par le moyen d'un rhéostat.

Un pyromètre permet de calculer à chaque instant le degré de température de l'air employé. Ce dispositif suffit aux applications sur l'abdomen. Pour les applications sur col, on emploie une canule aérothermique de diamètre réduit et un spéculum spécial.

Spéculum. — Primitivement on se servait d'un spéculum cylindro-conique en bois, qui était poussé jusqu'au niveau du col. Pour diminuer l'échauffement, on amenait un courant d'eau froide sur la partie externe de ce spéculum.

Actuellement pour empêcher toute brûlure de la muqueuse vaginale, on se sert d'un spéculum à double courant construit par Gaiffe. L'air chaud arrive par la partie centrale, isolé ainsi par deux parois concentriques et il s'échappe par l'espace péri-annulaire compris entre les deux parois.

Technique. — Les applications sur l'abdomen sont des plus simples, elles se font à nu sur les téguments, la malade étant couchée sur la table d'examen.

Le degré de température sera surtout indiqué par les réactions propres de la malade. Il ne faudra pas, surtout au début du traitement, pousser très loin la rubéfaction ; on arrivera prudemment et progressivement à une température de 60 à 70 degrés. Cette première application ne durera pas plus de deux minutes.

La deuxième séance qui sera faite quelques jours plus tard, après en tout cas qu'on aura eu le temps de noter la réaction propre de la malade, pourra durer deux minutes et demie. Au cours de cette seconde séance la température sera portée à 80 et 90 degrés.

Pendant le traitement les applications seront en moyenne de quatre minutes de durée et la tem-

pérature pourra être portée à 100 et 110 degrés.

Les applications sur le col sont faites avec le dispositif que nous avons indiqué. On peut avant la douche donner une injection chaude de manière à entraîner les sécrétions du col.

Indications. — L'air chaud est indiqué dans les métrites, les annexites douloureuses sans suppuration; dans la cellulite péri-utérine où il donne en particulier d'excellents résultats.

Résultats.—Dès la première application en général la douleur s'atténue, et bien souvent elle disparaît complètement à la troisième. A cette amélioration fonctionnelle correspondent aussi des améliorations locales, qui sont nettes, surtout du côté des tissus péri-utérins. Sous l'influence des modifications vasculaires ainsi provoquées, l'empâtement diminue, les adhérences s'assouplissent et l'utérus retrouve sa mobilité.

De cette étude, il ressort : Que nous possédons aujourd'hui, contre la métrite et ses complications, des traitements nouveaux, dont la technique paraît bien réglée. Il y aura avantage à appliquer ces traitements aux rétrodéviations accompagnées de métrite. Et si le traitement chirurgical des rétrodéviations conserve des indications formelles, nous pensons qu'en dehors de ces indications, il y aura un intérêt considérable à employer les méthodes thérapeutiques que nous avons décrites. Nous apportons des observations de malades qui ont été traitées par ces méthodes.

Obs. LXXI (inédite) (due à l'obligeance de MM. Zimmern et Cottenot). — Mme B..., trente-sept ans. Métrite polypeuse diffuse. Utérus gros, peu douloureux et dur, toujours mal réglé. N'avait autrefois que quelques taches rouges tous les deux ou trois mois. Depuis huit ou dix ans n'a jamais perdu en rouge. Pertes blanches depuis très longtemps.

Soignée déjà il y a deux ans pour métrite.

Depuis six mois aggravation, fatigue après la marche, douleurs dans les reins, prurit lié aux pertes blanches, envies fréquentes d'uriner.

4 décembre. — *Première séance.* — Petites pertes cinq minutes après la séance Dans la soirée, douleurs de ventre, de reins, coliques et quelques pertes sanglantes. Le lendemain, amélioration, la malade souffre moins, a moins de pesanteurs.

6 décembre. — *Deuxième séance.* — Rien de spécial.

11 décembre. — *Troisième séance.* — Eschare au niveau du col.

13 décembre. — *Quatrième séance.* — Les douleurs ont complètement disparu.

15 décembre. — *Cinquième séance.* — Disparition des douleurs, quelques pertes rosées après la séance.

18 décembre. — *Sixième séance.* — L'eschare du col est guérie. A peine visible et souple.

29 décembre. — La malade a eu des pertes légères après la dernière séance. Depuis, elle n'a plus ni perdu ni souffert. Guérie.

Obs. LXXII (inédite, de M. Cottenot). — Mme B..., accouchée en octobre 1910. Deux mois après, commence à souffrir. Depuis ce moment, règles irrégulières (retards de dix à quinze jours) et reste deux mois sans être réglée. Les règles sont courtes, durent un jour ou deux. La malade souffre violemment dans le ventre, les cuisses, les membres inférieurs. Pertes blanches abondantes.

Examen. — Utérus gros et douloureux.

Cul-de-sac droit: douloureux et empâté.

4 mars. — *Première séance.* — 5′ avec électrode-perles dans l'utérus.

6 mars. — Les douleurs de reins sont un peu diminuées. Les pertes rouges ont été abondantes après la séance et légères le lendemain matin.

Deuxième séance. — 5′ électrode-perles.

8 mars. — *Troisième séance.* — On note la diminution des douleurs des cuisses et du ventre, mais avec persistance des douleurs lombaires.

Les pertes blanches sont arrêtées, mais les pertes rosées persistent.

Examen. — Amélioration nette. Utérus réductible, annexite gauche améliorée. Annexite droite diarp ue.

13 mars. — *Quatrième séance.* — La malade ne souffre plus, les pertes blanches ont reparu, légère eschare du col.

Électrode de condensation.

18 mars. — Va très bien, n'a plus de douleurs, pertes insignifiantes.

20 et 27 mars. — Revue. Guérie.

Ces observations inédites sont du service de M. le professeur agrégé J.-L. Faure.

Obs. LXXIII (du service de M. J.-L. Faure). — 15 mars 1912. — P..., trente-huit ans.

Vient consulter pour douleurs pelviennes et utérines.

Réglée à treize ans, n'a pas souffert de ce côté jusqu'à présent.

Première grossesse à dix-huit ans. Accouchement normal, réapparition des règles ; mais quelques mois après, douleurs dans la région utérine et du côté gauche. Ces douleurs augmentent pendant la marche, diminuent par le repos.

Paroxysmes avant et après les règles.

Deuxième grossesse à vingt-quatre ans. Normale

15 mars. — *Examen.* — Col augmenté de volume, dur, bridé en arrière et à gauche.

Utérus volumineux. A moitié de la hauteur de l'ombilic il est en rétroversion, difficile à percevoir, perdu dans des adhérences qui l'immobilisent.

Cul-de-sac droit : rien.

Cul-de-sac gauche : empâté et douloureux.

Spéculum. — Cicatrices sur le col.

Pertes blanches.

Traitement. — Haute fréquence, 6 séances faites par le Dr Cottenot.

L'utérus est mobile, il est en légère antéflexion, non douloureux, les brides ont disparu.

Côté gauche encore sensible, mais plus rien.

La malade fait de longues marches.

Obs. LXXIV. — 10 juin. — G.... vingt-neuf ans.

Vient pour des pertes blanches qu'elle a depuis sa jeunesse. Réglée à douze ans, mais irrégulièrement, souvent deux fois par mois.

Douleurs avant et après les règles pendant quelques jours.

Un enfant à dix-neuf ans. Quatre ans après deux jumeaux. Il y a trois ans, quatrième enfant. Tous accouchements normaux.

Après ces accouchements les pertes ont persisté jaune sale, avec des caillots.

Examen. — Col gros. Leucorrhée.

Traitement. — Haute fréquence. Acide picrique, huile goménolée.

14 juin. — Maux sensibles. Même traitement.

19 juin. — Les pertes ont considérablement diminué, presque plus rien. La malade ne revient plus, elle va très bien, dit-elle.

Obs. LXXV. — 24 mai 1912. — R...,trente ans.

Vient pour des pertes verdâtres et rosées. Sensibilité vaginale et vulvaire très marquée depuis deux ans. Les rapports sont presque impossibles.

Pas de grossesse.

Règles irrégulières

Bronchite et hémoptysie dans sa jeunesse. Souffre beaucoup, actuellement, de prurit vulvaire. Mictions fréquentes.

Examen. — Au toucher vulve sensible.

Col petit, mobile.

Corps en rétroversion, adhérent complètement en arrière.

Annexes : Rien.

Spéculum. — Col petit, écoulement muco-purulent.

Traitement. — Pansement à l'huile goménolée.

29 mai. — Haute fréquence.

19 juin. — La malade a eu 6 séances de haute fréquence. Elle est très améliorée au point de vue des douleurs et des pertes.

Toucher. — L'utérus est devenu très mobile et se réduit très facilement.

Obs. LXXVI. — G..., dix-neuf ans. Mariée à dix-huit ans.

25 mars 1912. — Souffre depuis cinq ans de métrorragies et de ménorragies.

Mariée à dix-huit ans, les règles durent quinze jours, puis surviennent les métrorragies.

Douleurs à la miction.

Examen. — Col petit, mobile.

Utérus rétroversé, adhérent, difficile à sentir.

Cul-de-sac gauche légèrement empâté.

Traitement. — Pansement picriqué.

27 mars. — Galvanocaustique négative. Les pertes rouges diminuent, peu de pertes blanches.

29 mars. — Même traitement. La malade ne perd presque plus. Un petit filet de sang, dit-elle.

1er avril. — Electricité. La malade ne perd plus, ne souffre plus en urinant. Mais elle a eu une petite hémorragie à la suite d'un excès de fatigue.

Absence à l'occasion des vacances de Pâques.

15 avril. — Les pertes rouges ont recommencé.

Électricité : 10′ à 25 milliampères.

Instillation et pansement à l'acide picrique.

17 avril. — L'écoulement est moins abondant.

19 avril. — Légère amélioration ; même traitement.

22 avril. — Amélioration très sensible ; même traitement.

24 avril. — Instillat au chlorure de zinc. Électricité. Pansement picriqué, grande amélioration.

26 avril. — Les pertes sont arrêtées, la malade ne souffre nullement.

29 avril. — Même état.

13 mai. — La malade n'était pas revenue, des exercices violents et répétés ont ramené de petites hémorragies, puis une plus violente, elle a dû s'aliter. Électricité.

17 mai. — La malade ne perd plus. Va bien. Revue depuis ; la guérison, s'est maintenue.

Obs. LXXVII. — 30 janvier 1912. — M. C..., vingt et un an, couturière.

Fausse couche de trois mois il y a trois ans. Hémorragies, pertes abondantes et odorantes.

Depuis, règles douloureuses. Pertes blanches.

Examen. — Col petit peu mobile.

Corps en rétroversion adhérente.

Cul-de-sac postérieur très sensible.

Cul-de-sac droit très sensible.

Annexes douloureuses et du volume d'une amande à gauche.

Haute fréquence.

12 février. — Utérus toujours rétrofléchi et adhérent.

Cul-de-sac droit libre.

Cul-de-sac gauche présente toujours de la tuméfaction douloureuse.

Séance de haute fréquence.

Pansement à l'ichtyol.

1er mars. — Utérus toujours rétrofléchi, mais en partie réductible.

Cul-de-sac gauche toujours empâté et douloureux.

11 mars. — L'amélioration s'accentue, elle a ses règles depuis six jours.

20 mars — Aucune douleur.

Col petit, utérus mobile, réductible.

Cul-de-sac droit libre.

Cul-de-sac gauche un peu sensible. La tumeur annexielle a presque complètement disparu. La malade a été revue, la guérison s'est maintenue.

Obs. LXXVIII. — 17 mars. — Mme G.., vingt-sept ans. Souffre de douleurs abdominales depuis deux ans, surtout à gauche.

Ni enfant ni fausse couche.

Examen. — Col petit, mobile, conique.

Corps en légère rétroversion, peu mobile.

Annexes : A gauche : masse irrégulière du volume d'un œuf.

A droite : rien.

Pertes blanches abondantes.

Haute fréquence.

11 mars. — Douleur diminuée. Cul-de-sac droit en même état. Pertes blanches très abondantes. Instillation acide picrique.

Deux séances d'électricité.

16 mars. — Douleurs de moins en moins fortes. Les pertes ont complètement disparu.

Une séance d'électricité.

Examen local. — Mêmes signes.

22 mars. — Amélioration de douleurs.

29mars. — Utérus paraît plus mobile, cul-de-sac droit libre. A gauche, encore une petite masse. La malade ne souffre plus, encore un peu au moment des règles. Elle ne revient plus.

Obs. LXXIX. — Mme N..., trente ans. Rétroversion qui a été adhérente traitée d'abord par le massage normal ; actuellement l'utérus est encore peu mobile, gros, métrite, douleurs lombaires violentes, douleurs dans la fausse iliaque gauche, légère amélioration. Moins de douleurs. Les pertes blanches persistent.

Examen. — Col mou, peu mobile.

Corps augmenté de volume, rétroposition.

Annexe gauche légèrement empâtée.

Traitement. — Ichtiol et pessaire de Dumontpallier.

7 août. — Douleurs lombaires disparues, douleurs dans la fausse iliaque gauche diminuées.

16 août. — Signes physiques améliorés, l'empâtement du cul-de-sac gauche persiste, mais il a diminué.

Traitement. — Air chaud : 2′ sous forme de douche abdominale.

14 août. — Elle a eu hier des douleurs. Constipation depuis quelques jours. Localement, l'amélioration s'accentue.

Suppression du pessaire.

26 août. — La malade va bien.

Examen. — L'utérus est très mobile.

Annexe gauche très diminué.

Air chaud : 2′.

La malade ne revient plus, mais donne de ses nouvelles elle dit jusqu'à présent aller très bien.

Obs. LXXX. — L..., dix-neuf ans.

9 août 1912. — Douleurs de la miction depuis huit jours, pertes blanches.

Annexites droite et gauche.

Traitement. — Chlorure de Zn, pansement picriqué, urotropine.

11 août. — Écoulement très diminué.

14 août. — Souffre dans les régions annexielles.

6 septembre. — Air chaud sur le col et l'abdomen.

9 septembre. — Les douleurs ont disparu.

11 septembre. — Amélioration très nette, les annexes ne sont presque plus douloureuses.

Électricité (+ intra-utérin) 10′. Douche abdominale d'air chaud.

Repos de quelques jours. La malade va très bien, ne revient plus, a repris son métier très fatigant (fait des livraisons).

Obs. LXXXI. — Mme P...

2 septembre 1912. — Opérée il y a quatre ans d'un kyste de l'ovaire. Santé bonne jusqu'à il y a deux mois.

Depuis deux mois troubles gastriques, douleurs abdominales, pertes abondantes.

Examen. — Léger prolapsus, un peu de rectocèle.

Col dur, augmenté de volume, mobile. Légère érosion.

Corps : très augmenté de volume, dur. Légères irrégularités au niveau des cornes. Rétroversé.

Annexes : A droite : rien ; à gauche : masse empâtée du volume d'une petite mandarine.

Écoulement leucorrhéique.

Traitement. — Teinture d'iode.

2 août. — Air chaud sur le col 3′.

Acide picrique.

Douche abdominale 2′.

5 août. — Air chaud sur le col 2′, douche abdominale 2′.

Amélioration.

7 août. — Le col a diminué de volume et l'érosion se cicatrise.

Air chaud 2′.

9 août. — Persistance des troubles, mais amélioration.

11 août. — La masse annexielle gauche paraît diminuée, elle est moins sensihle à la pression.

Spéculum. — Col diminué de volume.

Air chaud sur le col 2′.

Air chaud sur l'abdomen 3′.

Première séance de massage.

14 août. — Ne se plaint plus de rien.

Toucher — L'annexite gauche est diminuée de volume et devient mobile.

Air chaud sur le col 2′. Pas de douche abdominale. Pansement picriqué.

25 août. — Grande amélioration. Air chaud sur le col et l'abdomen.

28 août. — Application d'air chaud. La malade n'est pas revenue mais donne de ses nouvelles qui sont bonnes.

Obs. LXXXII (17 avril 1912). — R..., 37 ans. Métrite depuis quatre ans. Actuellement présente des pertes rouges et des pertes blanches.

Toucher. — Col petit.

Utérus : rétroversion et rétroflexion.

Annexes : A droite : masses du volume d'une noix, dure, lisse, douloureuse.

A gauche : masse du volume d'une amande et douloureuse.

Traitement. — Pessaire de Hodge.

Injection à l'oxycyanure de Hg.

25 avril. — Application d'air chaud sur l'abdomen.

28 avril. — Application d'air chaud.

7 mai. — Air chaud sur l'abdomen et sur le col.

Deux applications par semaine jusqu'au 25 mai. Le traitement est arrêté.

7 juin. — La malade revient dire qu'elle va très bien. Depuis elle a été revue, la guérison s'est maintenue.

Obs. LXXXIII. — 3 juillet 1912. — C..., vingt-trois ans. Souffre de douleurs abdominales depuis deux ans. Aggravation considérable depuis quinze jours. Pollakyurie. Douleur à la miction, à la défécation.

Règles très douloureuses.

Il y a trois ans, aurait fait une fausse couche.

Examen — Col présente une érosion et déplacé en avant.

Corps en rétroversion irréductible. Annexe droite très empâtée.

Traitement. — Pessaire de Hodgge. Pansement picrique.

10 juillet. — Air chaud sur le col 3′.

12 juillet. — Vagin très sensible. Impossibilité d'introduire le spéculum. Douche abdominale.

18 juillet. — Même traitement.

20 juillet. — La malade dit qu'elle va beaucoup mieux. La rétroversion est devenue moins adhérente, la réduction serait possible.

Traitement. — Air chaud 3′ sur le col et 3′ sur l'abdomen. Massage vibratoire 3′. Pessaire de Hodgge.

29 juillet. — La malade n'éprouve plus aucune douleur. Air chaud sur le col et l'abdomen.

Elle n'est pas revenue pendant les vacances, elle a été revue au commencement d'octobre, elle allait très bien. La guérison s'est maintenue.

Obs. LXXXXIV. — 20 avril 1912.—C..., vingt-sept ans. Fausse couche de trois mois il y a un mois. Pertes abondantes jaunâtres et fétides, hémorragie depuis quelques-jours.

Examen. — Toucher : col dur. Utérus en rétroversion adhérent en arrière, irréductible.

Annexes : Droite : rien; gauche : prolabée dans le cul de-sac postérieur.

Spéculum: col gros entr'ouvert. Hystérométrie 6 cm. 1/2.

Admise dans le service de M. le Dr J.-L. Faure, elle y a été curettée.

Depuis, elle souffre dans le bas-ventre. Pertes blanches et blanc rosées.

19 juillet. — *Examen.* — Col gros peu mobile. Corps en rétroversion fixée, volumineux et douloureux au toucher.

Annexes : Empâtement des deux côtés.

Traitement.—Air chaud, douche abdominale et massage vibratoire.

21 juillet. — Même état, même traitement.

5 août. — Utérus rétroversé moins adhérent. Même traitement.

7 août. — La rétroversion devient mobile. Massage vibratoire.

9 août. — La rétroversion est facilement réduite.

30 août. — Massage vibratoire : la rétroversion n'existe plus au moment de l'examen.

La malade n'est pas revenue.

Obs. LXXXV. — 17 mai. — M. L..., vingt-sept ans. Vient pour des douleurs abdominales. Réglée à quatorze ans, depuis régulièrement sans douleurs. Première grossesse, accouchement au forceps, sous chloroforme. Depuis, elle souffre.

État actuel. — Douleur dans les fosses iliaques surtout quand elle marche. Écoulement muqueux. Constipation. Air chaud.

Toucher. — Col petit mobile.

Utérus : petit en rétroversion.

Annexes : Annexite droite du volume d'un œuf; annexe gauche, empâtement, pas de douleur.

20 mai. — *Traitement.* — Injection très chaude.

22 mai. — Columnisation.

24 mai. — Va mieux au point de vue de l'écoulement.

2 juin. — Plus de pertes. Ne souffre plus.

Toucher. — Utérus complètement mobile.

Annexes. — D'une valeur d'une noix à droite.

10 juin.— Utérus très mobile. Annexite droite presque guérie.

Malade revue bien portante.

Obs. LXXXVI. — 14 juin 1912. — Ch..., vient pour douleurs abdominales qui durent depuis sept ans.

Réglée à treize ans, mariée à dix-sept ans. Jusqu'à son mariage réglée régulièrement, mais depuis ce moment commence à perdre en blanc et à souffrir. A ce moment première fausse couche. Il y a trois ans opérée d'une Bartholinite. Mari mort d'une affection de la langue.

Toucher. — Col mobile, volume normal.

Utérus rétrofléchi.

Annexes. — Rien à droite.

A gauche : cul-de-sac sensible à la pression.

Traitement, — Lavages au permanganate.

16 juin. — Souffre moins. Columnisation.

29 juin. — Air chaud, intra-vaginal, pansement acide picrique.

5 juillet. — Air chaud 4'.

8 juillet. — Air chaud, douche abdominale.

Aucune amélioration.

11 juillet. — Très améliorée, ne souffre plus.

Au toucher. — Culs-de-sac souples, non sensibles à la pression.

Encore un peu d'écoulement muqueux.

La malade revient après les vacances, guérie. Le traitement est arrêté.

Obs. LXXXVII. — L..., trente ans.

16 juin. — Vient à l'hôpital pour des pertes blanches et des douleurs.

Accouchement il y a neuf ans. Règles régulières, durent huit jours.

Antérieurement ablation du col.

Toucher.—Au col on sent un moignon, reste de l'amputation.

Corps en rétroversion adhérente, il est impossible de sentir le fond de l'utérus.

Tentatives de réductions très douloureuses

Cul de-sac droit : rien.

Cul-de-sac gauche : empâté, mais non sensible.

Cul-de-sac postérieur : très douloureux.

Traitement. — Air chaud. Douche abdominale.

26 juin. — Pas d'amélioration. Pas d'air chaud, pansement picriqué.

31 juin. — Les pertes ont disparu. Utérus toujours immobile, en rétroversion. État général amélioré.

Massage vibratoire.

27 juillet. — Massage vibratoire. Le ventre est moins douloureux. Utérus mobilisable. Les manœuvres de réduction ne sont presque pas douloureuses.

5 juillet. — Amélioration très nette.

Air chaud 3′.

Massage vibratoire 4′. Pessaire.

7 juillet. — Massage vibratoire. Pessaire.

9 juillet. — Massage vibratoire. Pessaire.

11 juillet. — Amélioration. Grande diminution des douleurs et des pertes.

Pansement picriqué.

4 octobre. — Plus de douleurs lombaires.

Douleurs à type colique.

Toucher. — Utérus mobile. Antécourbure.

Annexes. — Rien.

Donne de ses nouvelles. Guérie.

Obs. LXXXVIII (16 juillet 1912). — M..., vingt-quatre ans. Souffre depuis un accouchement qui remonte à trois ans. Pertes blanches depuis l'âge de quinze ans, règles normales.

Douleurs dans le ventre et la région lombaire. Règles non douloureuses.

Toucher. — Col volumineux, irrégulier, mobile, consistance normale.

Corps rétroversé, peu mobile.

Annexe droite : sensible à la pression.

Annexe gauche : empâtée, douloureuse.

Cul-de-sac postérieur très empâté.

16 juillet. — Air chaud sur le col, 2′, pansement picriqué. Air chaud sur le ventre, 3′.

24 juillet. — Même traitement.

La malade va mieux, souffre moins et perds moins.

2 août. — Grande amélioration. La douleur a presque complètement disparu.

Attouchements du col au $ZnCl^2$.

Air chaud sur le col, 3′.

7 août. — N'a pas souffert du ventre. Pansement picriqué.

14 août. — Air chaud. Pansement picriqué.

13 septembre. — Plus de pertes ni de douleurs abdominales.

Utérus mobile, encore un peu d'adhérence à gauche.

Air chaud et massage.

Ne revient plus à l'hôpital, écrit qu'elle est guérie. Revue après les vacances, bien portante.

Obs. LXXXIX (31 juillet). — V..., trente ans. Pertes blanches, douleurs.

Toucher. — Col mou, peu mobile.

Corps augmenté de volume, rétrofléchi.

Annexes. — Rien à droite, à gauche, léger empâtement.

Traitement. — Pansement à l'ichtyol, pessaire. Air chaud.

7 août. — Les douleurs lombaires ont disparu. Douleur annexielle gauche diminuée.

11 août. — Signes physiques améliorés, l'empâtement du cul-de-sac gauche est diminué.

Air chaud vaginal 2'.

Air chaud abdominal 2'.

14 août. — A eu quelques douleurs. Constipation. Massage vibratoire.

26 août. — La malade va bien. Suppression du pessaire. Donne de ses nouvelles, elle va bien.

Obs. XC (*in* thèse de Lavalette) (Résumée). — 1er juillet 1897. — G. C..., trente-cinq ans. Cinq accouchements normaux, pas de fausse couche. Blennorragie probable il y a un an. Réglée à quinze ans, régulièrement. Depuis un an dysménorrhée.

Pertes blanches abondantes, surtout au moment des règles.

Douleur dans le bas-ventre.

Digestions pénibles.

Examen. — Col gros, hypertrophié, granuleux.

Corps rétroversé.

Annexes. — Légèrement empâtées.

13 août 1898. — Première séance de sismothérapie.

19 septembre 1898. — *Neuvième séance*. — Diminution des troubles gastriques et des pertes.

4 novembre 1898. — Amélioration surtout des douleurs.

25 novembre 1898. — Le mieux continue. Les règles sont moins fortes. L'amélioration est considérable; pour compléter la guérison, l'amputation du col est proposée à la malade qui la refuse.

Obs. XCI.— 20 mars 1896. — Trente-huit ans. Un accouchement normal il y a dix-huit ans, Blennorragie il y a dix-sept ans. Réglée à dix-huit ans, mais mal, dysménorrhée.

Pertes blanches très abondantes, glaireuses, douleurs de ventre.

Annexite double, légère.

Juin 1896. — Curettage, les pertes diminuent ainsi que les douleurs.

Après quelques mois, réapparition des symptômes. Sismothérapie le 14 octobre.

20 octobre. — *Troisième séance*. — Diminution des pertes et disparition complète de la douleur.

24 mai. — *Dixième séance*. — Les règles ont presque disparu, la malade ne souffre plus. Les règles sont régulières et non douloureuses. La malade se considère bien portante et ne revient plus.

Obs. XCII. — 15 avril 1899.— L..., vingt et un ans. Pas d'accouchement, une fausse couche il y a un an. Blennorragie probable il y a quelques mois. Réglée à quinze ans, règles abondantes et douloureuses depuis la fausse couche

Symptômes. — Pertes blanches, très abondantes depuis rois ou quatre mois. Douleurs dans le bas-ventre, surtout gauche, avec irradiation vers les cuisses et l'anus.

Examen. — Métrite et annexite double.

Traitement. — Injections chaudes. Sismothérapie trois ois par semaine.

Dès la deuxième séance diminution des douleurs, à la uatrième le mieux s'accentue. Après la neuvième il n'y plus ni pertes ni douleurs.

La malade travaille toute la journée à la machine. Les ouleurs ne réapparaissent que si elle se fatigue beaucoup.

Obs. XCIII. — A..., trente-sept ans. Deux accouchements ormaux, le premier à sept mois, le deuxième à sept mois demi, une fausse couche de trois mois il y a quatre ans, egles douloureuses et plus abondantes depuis quelques nnées.

Symptômes. — Pertes blanches anciennes. Ménorragies ssez abondantes depuis quelque temps.

Examen. — Métrite, rétroflexion et annexite double gère.

Traitement. — Douches vaginales à 45 degrés. Sismoérapie.

12 mai 1899. — *Septième séance.* — La malade se trouve aintenant beaucoup mieux. Les pertes ont complètement sparu, et elle ne souffre plus du tout du ventre. Elle eut reprendre ses occupations et faire de longues courses. n tente les mouvements de réduction.

Onzième séance. — L'utérus est en bonne position. On et un pessaire; la malade ne souffre plus.

On a fait 15 séances associées à du massage manuel.

La malade est satisfaite du traitement et son état général est excellent.

Obs. XCIV (*in* thèse Donnat). — R..., trente ans, vient à la consultation de Broca le 6 octobre 1902.

Réglée normalement à quatorze ans.

Au mois de septembre dernier, fausse couche de trois mois. Pas de fièvre.

Actuellement pertes rouges depuis un mois.

Pas de leucorrhée, pas d'annexite.

Diagnostic. — Métrite chronique.

Traitement. — Deux périodes.

1° Galvano-caustique intra-utérine.

Sonde de platine, pôle positif.

6 octobre. — *Première séance.* — Immédiatement la perte diminue.

8 octobre. — *Deuxième séance.* — La perte a encore diminué.

13 octobre. — *Troisième séance.* — La perte devient un peu insignifiante. Un peu de leucorrhée.

2° On institue la galvanisation vaginale. Trois séances du 17 au 23 octobre, à la suite desquelles la malade ne perd plus du tout en blanc.

Résultats. — Trois séances de galvanisation ont arrêté la légère leucorrhée survenue au début du traitement.

Malade revue en 1904. La guérison se maintient.

Obs. XCV (*in* thèse Gouhot). — Mlle E..., quarante et un ans, est atteinte de paramétrite. Elle vient dans le service le 3 décembre 1910, présentant des douleurs dans le ventre

irradiant dans les reins et vers l'anus. Ces douleurs ont continuelles et diminuent par le repos, le Dr Jayle rescrit des applications d'air chaud.

Première séance. — Demi-heure : Température 0 degrés.

A la suite de cette séance, les douleurs diminuent un eu la malade continue son traitement et les douleurs sparaissent progressivement si bien qu'après le sixième ain elles sont presque complètement calmées. La malade eut laver son linge sans souffrir.

Obs. XCVI. — Mlle L..., trente-cinq ans, est atteinte de métrite et salpingo-ovarite double, surtout accentuée à auche ; elle présente des douleurs très fortes, s'irradiant ans la région lombaire, dans la jambe et la cuisse auches. Elle vient dans le service le 11 mai 1910, on i fait des pansements glycérines et on applique la entouse de Bier. La malade n'est pas soulagée du tout.

10 décembre. — On lui fait de l'air chaud.

Dès la deuxième séance la température atteint 101 degrés, s douleurs diminuent beaucoup, pour cesser à peu près mplètement après la troisième, où la température atteint 2 degrés.

L'effet a donc été particulièrement rapide.

La masse annexielle n'a pas diminué.

Obs. XCVII. — Mme P..., trente six ans. Métrite chronique annexite double avec douleur dans le ventre des deux tés. Douleurs assez violentes s'arradiant dans les jambes dans les cuisses.

Elle vient dans le service le 24 octobre 1910, où on lui

fait prendre 12 bains d'air chaud d'une demi-heure de durée, et tous les deux jours après la première séance elle a pu tolérer la température de 95 degrés. La malade éprouve déjà un certain soulagement. Elle peut dormir la nuit suivante alors qu'auparavant elle souffrait. Peu à peu les douleurs se calment et après la douzième application la malade ne souffre plus.

La masse annexielle a peu diminué.

CONCLUSIONS

I. — De cette étude, nous croyons pouvoir conclure que la rétrodéviation utérine sans lésion concomitante est un fait clinique rare.

II. — Dans la grande majorité des cas, on rencontre en même temps qu'elle des lésions de métrite, d'annexite, de paramétrite.

III. — Ces inflammations jouent un rôle très important dans l'étiologie et la symptomatologie de rétrodéviations.

IV. — C'est la raison pour laquelle l'hystéropexie, alors même qu'elle a donné des résultats anatomiques excellents, ne supprime pas toujours les troubles fonctionnels.

V. — Cette hypothèse est confirmée par ce fait que les rétrodéviations pures ne donnent lieu, en général, à aucune manifestation morbide.

VI. — Il y aura lieu de traiter les lésions concomitantes en même temps que la rétrodéviation.

VII. — Pour ces raisons, il y aura intérêt à instituer d'abord un traitement non opératoire.

VIII. — Ce traitement consistera essentiellement dans :

La réduction manuelle, pratiquée sans violence.

Le massage manuel.

La sismothérapie.

La gymnastique gynécologique.

L'électricité appliquée sous forme de galvanocaustique, d'électrolyse, de courants de haute fréquence.

Les applications d'air chaud.

IX. — Les circonstances cliniques détermineront le choix du procédé thérapeutique. Dans la plupart des cas, d'ailleurs, il y aura lieu de les combiner.

X. — Si les résultats sont insuffisants, s'il survient une indication formelle, on aura recours au redressement opératoire de l'utérus.

XI. — Dans ce cas, le procédé de Doléris vaudra mieux, en général, que l'hystéropexie proprement dite.

Vu : le Président de la thèse,
LEJARS

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Apostoli. — Sur un nouveau traitement de la métrite.

Bossi. — Procédé de vagino-fixation dans les déplacements utérius (Ann. Gyn. œst, 1890, n° 507).

Bouilly. — La Gynécologie, 1896, p. 3.

Bovée. — Ann. of Gyn. and perd., déc. 1902.

Byford. — Chicago. Résult. éloignés des racc. vag. ronds, Gymeck transaction, 1899, p. 348.

Barmann et Muller. — Air Chauden Chirurgie. Paris chirurgical, avril 1909.

Baldy. — Retrodisplasments of the uterus and their treatment (N.-Y. Med. Journal, 1903, p. 16).

Barnsby. — Congrès Chirurgie, 1908, p. 107.

Bloch. — Revue de Cinésie, 1908.

Braun (de Trieste). — Massage beziehungreveise bibration. Berlin, 1892.

Bourcart (de Genève). — Annales de Gynécologie, juin 1895.

Bastranelli. — Sull'opperazione dei Alexander modificata e sulla laparoisteropessia (Bull. Soc. d. Osp. de Roma).

Centralblatt für gynæk., p. 1041 (Otto Mayer).

Charcot. — La Médecine vibratoire (Progrès médical, Semaine médicale, 1892).

Donat. — Traitement des Métr. par Electrisation. Thèse de Paris, 1904.

Doléris. — Pathogénie et traitement des déviations utérines (Nouv. ann. gynéc. et obst.. 1890).

Doléris. — Raccourcissement des ligaments ronds par inclusion pariétale (Journ. Méd. Paris, 1898).

Duhrssen. — Arch. für Gynœk, 1894 (Rep. Obst. et Gynéc., 1894, p. 552).

Dobbert. — Ist die Ventrifixur der gerbarmuller eine berechtige operation (Saint-Pétersbourg Med., Wohnschs, 1903, p. 203).

Duncan (Matthews). — Clin. Lect. on the diseases of Women. Londres, 3e édit., 1886.

Lutikoff. — La Cellulite abdomino-pelvienne et son traitement par la Kinésie. Thèse de Paris, 1911.

Faure. — Gynécologie.

Ferny. — Thèse de Paris, 1906.

Figuera. — Traitement de la rétroversion utérine. Thèse de Paris, 1903.

Field. — Operativ Treatment of retroversion of the uterus (Internat. Journ. Surg., N.-Y., 1903, p. 139).

Houttelette. — Étude sur la retrodéviat. mobile. Thèse de Paris, 1911.

Gouhot. — Air chaud dans la thérapeutique des voies génito-urinaires. Thèse de Paris, 1911.

Hivet — Traitement des rétrodév. ut. par racc. intra-abd. des lig. ronds, Thèse de Paris, 1901.

Holden. — The resultats of ventral suspension of the uterus (Americ. Journ. of. Obst., avril 1905).

Jarfle. — Presse médicale, 10 sept. 1898.

Lecq. — Thèse de Paris, 1902.

Le Dentu. — De la rétrodéviat. utér. (Presse méd., 21 fév. 1906).

Labadie-Lagrave et Legueu. — Traité de gynécologie médico chirurgicale.

Lejars. — Discussion O. G. P. Rouen, 1904, p. 101.

Lacroix de Lavalette. — De la sismothérapie en thérapeutique gynécologique. Thèse de Paris, 1894.

Ling. — Stockholm, 1834, œuvres.

MACKENRODT. — Trait. op. de la rétroflexion (Centrallblat für gynœk., 1894).
Monatsschrift für Geb. und gynœk. Walthard, p. 255. Berlin, septembre, 1912.
NYCANDER (de Gottembourg). — Vibraten, 1878.
PROCKNOWNICH. — Mass. en gynéc., trad. Paris, 1892.
POZZI. — Traité de Gynécologie.
PICHEVIN. — Rev. gynécol. et obst., 1895, p. 83.
PINARD. — Soc. obst. Paris, 1898, p. 241.
PHILIPPOT. — Thèse Lille, 1900.
RICHET. — De l'emploi du froid et de la chaleur dans les affections chirurgicales. Thèse Agrég., 1847.
STAPFER. — Kinésithérapie.
SCHULZE. — Traité des déviations utérines. Paris, 1884.
SIREDEY. — Mal. des org. génit. urinaires.
SÆUGER. — Soc. obst. Leipzig., novembre, 1884.
— Société d'obstétrique et gynécologie. Paris, 1899-1900.
TILLAUX. — Guérison de la rétroversion par le redressement (Ann. gynécol., 1884).
THURE-BRANDT. — Gymnastiken. Stockholm, 1882.
VINCI. — Conséquences éloignées de l'hystéropexie (Journ. méd. de Bruxelles, 1907 (12-45).
VIGOUROUX. — Progrès médical, 1878-1880, p. 730.
ZIMMERN. — Eléments d'Electrothérapie clinique.
— Traitement électrique des hémorragies utérines (indications et contre-indications). Paris, 1910.